O Nervo Cala, o Nervo Fala: a linguagem da doença

O Nervo Cala, o Nervo Fala: a linguagem da doença

Maria Lucia da Silveira

Primeira reimpressão

EDITORA FIOCRUZ

Sumário

Apresentação 7

1. Nervo É Tudo, É o Equilíbrio da Gente 11

2. As Nervosas do Campeche e suas Queixas 45

3. Nervos e Nervosas na Biomedicina 61

4. Buscando uma Compreensão para os Nervos das Mulheres 83

5. Comentários (Médicos) sobre a Experiência Antropológica em Campo e o Tema dos Nervos 95

6. Referências Bibliográficas 99

7. Anexos 109

Apresentação

Um tanto cansada de ouvir (principalmente de *me* ouvir) reclamar da disposição cartesiana das disciplinas científicas no que concerne ao conhecimento do ser humano, especialmente no tocante ao seu bem-estar e ao seu sofrimento, decidi pela construção – pessoal, num primeiro momento – de uma prática de borramentos ou de costuras em zigue-zague entre fronteiras disciplinares.

Esse esforço antecedeu em muito a minha entrada no mestrado em antropologia social, no qual desenvolvi a pesquisa que fundamenta este livro. Ela começara por uma incursão breve no curso de ciências sociais antes de meu ingresso na graduação em medicina, prolongara-se no curso de especialização em saúde pública (que sucedeu a uma bem tradicional residência em clínica médica e doenças transmissíveis) e se firmou em definitivo quando participei ecleticamente de eventos das áreas de clínica médica – estes me *enervavam* por sua estreiteza e pela visão empobrecida sobre o ser humano –, de saúde pública, e outros, de natureza política (associações, sindicatos, partido político).

Com tal disposição, busquei da antropologia a contribuição possível para a retomada da integridade do ser humano como objeto das ditas ciências da saúde. É claro que não estou querendo dizer que um olhar antropológico para o indivíduo e seu meio seja capaz de, isoladamente, dar conta de tal empreitada; apenas ressalto que esta via tem uma potencialidade muito grande a ser explorada e aplicada no campo da saúde, ampliando-o sobremaneira.

É o que tento demonstrar ao apresentar esta pesquisa sobre o *sofrimento de nervos* entre mulheres numa comunidade de descendentes de açorianos na Ilha de Florianópolis, em Santa Catarina.

Neste ponto, é bom que me confesse: trata-se de uma confissão da médica, parte talvez de meu rito pessoal de passagem deste estado para o de médica-antropóloga. Quando a professora Esther Jean Langdon me sugeriu o *nervoso* como tema de pesquisa, médica que eu era, entrei logo na defensiva: "imagine, isso está toda hora nos consultórios, mas o que é o nervoso do ponto de vista médico? *Nada! Nem nos livros está descrito, isso pode ser assunto para psicólogo, talvez, mas para médico...*" Porém, uma certa disciplina me fez encetar uma pré-pesquisa e, após entrevistar dois médicos e conversar com algumas moradoras, me dei conta de que, de fato, havia uma discrepância, uma distância quase infinita, entre o *sofrimento real dos nervos* e os sofrimentos legitimados nos livros e na prática médica, pela localização orgânica, pela disfunção bioquímica ou mecânica.

Até aqui eu fora o que as pacientes e seus familiares chamam *de "médica boazinha*, ou seja, aquela profissional que, se não ajuda, ao menos não atrapalha, receita uns remedinhos de receita azul, pra dormir, mas não diz o que é, o que fazer". E que, segundo eles, "nas primeiras consultas trata bem, mas logo se enche da gente e começa a mandar de um lado para o outro".

Por essas e por outras é que, quando falo desta pesquisa, costumo dizer: "como médica, mordi minha língua umas tantas vezes". Pois, freqüentemente, o espelho que as pacientes me ofereciam para que eu apreciasse a prática médica me mostrava, ao contrário da esperada imagem poderosa e bela de um discípulo de Asclépio, a feia imagem de um serviçal de uma prática que, por omissão mais do que por disposição, se tornou mercenária, pouco resolutiva e a serviço dos interesses, por exemplo, dos laboratórios farmacêuticos e das empresas médicas, que têm no *sofrimento dos nervos* e no despreparo médico para enfrentá-lo uma de suas fontes mais seguras de receita.

Mas, *nervos*, com sua característica de síndrome culturalmente delimitada ou de sintomas interpretados culturalmente, é – não devemos esquecer – apenas um exemplo da inabilidade profissional. As considerações aqui feitas poderiam estender-se a praticamente todas as situações que exigem enfrentamento clínico. Muitos refutarão tal possibilidade, sobretudo diante dos diagnósticos de base indiscutivelmente orgânica. Porém, ainda falando *de dentro*, ou seja, como médica, mas utilizando um instrumento de fora (pois obtido pela pesquisa qualitativa), que é *a fala e o ponto de vista das pacientes*, fico bastante à vontade para dizer que elas se aplicam a todo o campo da saúde. Vejam que aqui não disse campo médico, e sim da saúde, pois entendo que tais considerações se aplicam não só a esses profissionais, mas a todos quantos atuam nessa área: médicos, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais...

Assim, o livro, no meu entender, trata muito mais das debilidades profissionais do que da fraqueza da clientela e, se é duro na crítica, é porque acredito que tenhamos grandes possibilidades de recuperação. Não só a crescente demanda da sociedade o exige, mas a cada dia vejo mais e mais profissionais preocupados em mudar uma prática insatisfatória que, embora permita adquirir o carro do ano, atrapalha o sono do seu praticante pela frustração crescente, pois, felizmente, as cabeças da maioria não são apenas caixas registradoras.

Agradecimentos se propõem sempre mostrar que não somos injustos nem ingratos, mas, infelizmente, ao agradecer nosso maior risco é justamente este: esquecer involuntariamente quem tenha, de alguma forma, contribuído para a conclusão de nossa trajetória. Temendo que tal ocorra, registro minhas escusas prévias àqueles cujos nomes deveriam figurar aqui.

Ao nomear algumas pessoas que estiveram envolvidas mais diretamente com a minha trajetória e que nela influíram, consigno, simbolicamente, bem ao gosto dos antropólogos, meu agradecimento a todos quantos, de uma forma ou de outra, sou devedora.

Em especial, agradeço a meu pai e meu primeiro professor, Alexandre Weinhardt da Silveira, que, além das primeiras letras, me ensinou o gosto por todas elas; a minha mãe, Maria Madalena Portes da Silveira, por transmitir seu gosto de sempre aprender mais. Aos meus irmãos, irmã, cunhadas (à Sidérea, *in memoriam*) e sobrinhas, devo a segurança de não estar só mesmo nas dificuldades, alguns sacrifícios e muito amor.

A dois médicos e mestres eméritos: Arari da Cruz Tiriba e Marco Antônio Bessa, que me fizeram repensar profundamente o papel e o valor da profissão médica. Tiriba ainda me ensinou que o trabalho de campo é muito mais do que meramente colecionar casos e fazer estatísticas.

Aos professores e funcionários do PPGAS/UFSC, pelo apoio e amizade. E aos colegas do mestrado, em especial aos da *República do Campeche*, com quem tive uma convivência profícua e carinhosa.

À professora Jean Langdon, orientadora dedicada, a quem devo a inspiração do tema, a compreensão das minhas limitações, o esforço para me ajudar a superá-las e o incentivo para a publicação.

À Raquel D. Pinheiro, pela amizade à primeira vista e por ter me ajudado a vencer a timidez e apresentar o meu trabalho para publicação. Mas, sobretudo, pela presteza incansável e por seu apego aos temas da saúde coletiva.

In memoriam: duas inspirações me abriram o caminho para a antropologia; seus artífices, Geraldo Magella Vermelho e Paulo Michaliszyn, infelizmente morreram antes de o produto de seu estímulo chegar. O primeiro – companheiro inesquecível – me ensinou a ver além daquilo que se enxerga. O segundo partilhou comigo a ambigüidade médico/antropólogo. Ambos me devem a solidão como legado e essa saudade persistente.

Ao Altamiro da Luz, cujo carinho velava pelos meus estudos noturnos, e ao senhor Bráulio Rosa, incansável portador de guloseimas e roupa lavada às quais ele, com certeza, acrescentava muito axé para mim. A grandeza deles me ensinou o valor da negritude, iniciando-me na prática de relativizar, tão cara à antropologia.

Este trabalho viabilizou-se graças à concessão de duas bolsas: uma do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), para a realização do curso de mestrado; e outra, da Fundação de Apoio à Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (FAPEU/UFSC), para o trabalho de campo.

Sua concretização, entretanto, só se deu porque pude contar com o auxílio precioso da própria comunidade do Campeche, e porque um grupo de mulheres se dispôs a abrir sua intimidade e contar suas dores e desventuras. Resguardadas aqui pelo anonimato imposto pela ética, espero que este meu agradecimento lhes chegue sob a forma de melhorias no atendimento, se eu tiver o mérito de ser ouvida pelo pessoal dos serviços de saúde.

1

Nervo É Tudo, É o Equilíbrio da Gente

Nervo é um pensamento triste dentro da gente.
É uma carência... Médico, psiquiatra, psicólogo só
escutam, escutam, não dão resposta e a gente está
procurando resposta. Dizem: é nervo!, *como se não fosse*
nada, mas é tudo, nervo é o equilíbrio da gente, né?
(uma paciente)

Desde que Hipócrates, contrariando suas outras proposições racionalizadoras para o pensamento médico,[1] incorporou em seus estudos as voluntariosas manifestações da *alma animal*,[2] a medicina ocidental, dita científica, se viu às voltas com fenômenos cuja natureza rebelde não se deixou prender pelos seus cânones ou dogmas.

O desafio contínuo de um deles, o que hoje ainda conhecemos por *nervos*, *nervoso*, ou, como muitos dizem na Ilha de Santa Catarina, *nelvos*, é ilustrado, historicamente, pelas denominações (que indicam esquemas conceituais correlatos) recebidas em diferentes períodos: *sufocação*, *vapores*, *tarantismo*, *histeria* e, no costume atual, *estresse*.[3]

Nerves para os de língua inglês, *nervios* entre os hispânicos, *nevra* entre gregos são algumas das denominações sob as quais é encontrado o fenômeno, que tem sido observado em vários contextos socioculturais no mundo.

As especificidades de sua apresentação e de seus significados são moduladas pela cultura,[4] o que lhes confere o caráter de *sintomas interpretados culturalmente*, tais como os mencionados por Low (1994a:140), também tratados por Davis & Guarnaccia (1989).

Nervos é um conjunto variado e instável de sintomas psicológicos e/ou somáticos,[5] mediadores entre o sujeito sofredor e o seu meio, constituindo uma das expressões de distresse ou estresse social (cf. Guarnaccia & Farias, 1988). Essa sintomatologia tosca, polimorfa e imprevisível pode comprometer quase todo o corpo e as funções orgânicas, inclusive as mentais, indo desde a ansiedade, ou um mal-estar indefinido, até crises convulsivas, à catatonia ou à catalepsia, passando por formas variadas de agressividade ou apatia.

É um fenômeno polissêmico, uma explicação, tanto quanto uma forma de expressão, para cansaço, fraqueza, irritabilidade, tremores, conflitos conjugais e sociais, cefaléias, ira e ressentimentos, infecção parasitária, aflições, privações afetivas ou materiais, fome, cuja etiologia liga-se principalmente a fatores sociorrelacionais.

Para Duarte, constituem uma *perturbação,* e ele propõe a hipótese de que há

> uma correlação real (...) entre o sistema nervoso, o acervo vastíssimo das expressões físico-morais da *perturbação* humana (...) e uma doença ou conjunto de doenças que permite que se chegue a operar com a hipótese da universalidade do fenômeno, ainda que seja para negá-la ou infirmá-la paulatinamente. (Duarte, 1993a:51) (grifo do autor)

Porém, a experiência dos pacientes com o sofrimento dos *nervos* é física, porque, tal como assinala Costa,

> da experiência de vida, [o paciente] guarda o hábito de oferecer, em primeiro plano, o corpo como instrumento privilegiado de comunicação de conflitos de seu mundo afetivo. Mas, também é mental, e sua expectativa é a de ser reconhecido e seu sofrimento tratado, tanto como um problema físico quanto afetivo. (Costa, 1983a:14)

Para falar da pesquisa de campo sobre *nervos* e mulheres que realizei no Campeche, localidade ao sul da Ilha de Santa Catarina, em final de 1995 e verão de 1996, é preciso, parafraseando Albertina Costa,[6] que antes eu me apresente e diga *de onde falo*, ou seja, *do lugar da médica então iniciante na antropologia social.* Colocando-me na intersecção entre essas disciplinas, situo-me no ponto, virtual talvez, em que duas disciplinas oriundas de matrizes teóricas tão diversas se cruzam.

A biomedicina,[7] tendo abandonado a filosofia e se distanciado das outras ciências humanas e de sua própria história, permaneceu fortemente ancorada nas ciências naturais, das quais herdou o viés mecanicista, a ênfase nas avaliações quase exclusivamente quantitativas e na sofisticação tecnológica.[8] A antropologia, por sua vez, nasce entre as ciências mais ligadas ao espírito e à cultura, privilegiando a linguagem e o significado.

Situando-me entre esses dois pólos, tento, a exemplo de Guarnaccia et al. (1989), estabelecer uma *tensão criativa* entre a abordagem clínica e a antropológica que propicie uma compreensão mais profunda sobre *nervos*, desenvolvendo uma discussão permanente entre a contribuição de uma e a de outra, pela comparação ou contraposição entre elas.

Isso posto, fica claro que foi na ambigüidade que o trabalho se desenvolveu. Mas essa não é a única, é apenas a primeira das anfibologias a assinalar, por ser a que marca mais fortemente o campo: ora fui a médica, ora a antropóloga. Se foi a médica a detentora da credencial que autorizou a falar de doenças, foi a antropóloga a que estava, naquele momento e para os propósitos perseguidos, mais bem equipada: seu referencial teórico trazia mesmo ferramentas para a crítica à primeira, com a qual pretendia dialogar e colaborar, e não concorrer, como levianamente se poderia supor.

Horas houve, porém, em que nada mais fui do que uma mulher, amiga de outras mulheres e com as quais simplesmente conversei com simpatia.

Numa incursão que, por manter o horizonte clínico enquanto considera os papéis sociais, poderia ser chamada de sociomédica ou, com mais propriedade, antropomédica, a pesquisa em si constituiu um estudo transversal, uma intervenção curta e dirigida ao fim imediato, situado no campo diagnóstico, e este no domínio êmico,[9] para identificar e estudar[10] os casos de *nervos* no Campeche.

Não pretendi aqui desvendar os mecanismos individuais,[11] psicológicos e idiossincráticos que caracterizam a resposta, o fator particular que articula um agente estressante, a percepção e os mecanismos psíquicos individuais e a doença como resposta. Pretendi trabalhar com a dimensão sociocultural, com o plano relacional, ligado à gênese do quadro clínico de *nervos*.

Por isso, embora ao falar de *nervos* seja possível falar de sentimentos, falarei aqui de várias coisas: de relações sociais, de conflitos e pobreza nos relacionamentos, especialmente o conjugal, de pobreza material, de conflitos de geração e de várias outras dificuldades da vida diária, entre as quais algumas situações ligadas a questões de gênero.

Exceto no que diz respeito à minha própria experiência e a umas poucas referências a textos da imprensa médica, abordei a assistência médica do ponto de vista das *sofredoras dos nervos* e daqueles que as cercam; a partir, portanto, da percepção daquele que sofre com a doença e, muitas vezes, também com a intervenção sobre ela. Tal opção deve-se ao fato de que os procedimentos diagnósticos e terapêuticos propostos pelos médicos, além de identificar doenças e prescrever condutas, podem conferir ou transmutar identidades e atribuir rótulos como *doente crônico*, estigmatizante no caso dos *nervos*.

Adotei tal postura para atender ao propósito de esmiuçar a apreciação do serviço e a avaliação da relação médico-paciente, cuja fragilidade é bem demonstrada pelo caso dos *nervos*. Pretendia, com isso, extrair algum conhecimento utilizável pelos médicos na clínica geral, entendendo que esta reflexão, enriquecida pela antropologia, pode contribuir para tais fins.

Ver pela ótica das pacientes me colocou no lugar do *outro* em relação à prática médica, facilitando o olhar distanciado do observador, não o observador estranho, mas o estranhado, que dialogou com a médica e criticou ou orientou a pesquisadora durante todo o trabalho de campo.

Reafirmo, porém, que, ao utilizar recursos metodológicos próprios das ciências sociais para estudar *nervos*, não pretendi fugir da biomedicina; ao contrário, quis contribuir para que sua compreensão se amplie, via antropologia, e promover uma adição de conhecimentos que possam contribuir para o rompimento com a parcialidade do discurso e da prática médicos. Considerada essa finalidade, o trabalho pode ser enquadrado como pertencente à antropologia aplicada.

Por fim, é preciso esclarecer que, contrariando os costumes acadêmicos na área de antropologia, escrevi não apenas para os antropólogos, mas ansiando por um leitor médico.

Da confortável posição de moradora há quase dois anos no Campeche, colhi informações profissionais, assim como observei a vida cotidiana da localidade, direcionando minha atenção para o fenômeno dos *nervos*, por ter visto casos e a sua relevância, especialmente entre as mulheres daqui. Foi o que me motivou a desenvolver a pesquisa, cujos resultados serviram de mote para a discussão ora apresentada. É um problema importante para elas, ligado principalmente à vida conjugal.

Embora seja um problema comum a ambos os sexos, nos homens essa correlação parece não ter tanta evidência, já que eles, com freqüência, são *nervosos* mas não *sofrem dos nervos*, como acentuam os nativos: "nervoso, esse qualquer um pode ter, tanto faz se é homem ou mulher, e por qualquer coisa que não vá bem... já *sofrer mesmo dos nervos*, felizmente são poucos os que sofrem..." (Informante). Ou, como diz uma paciente:

> Às vezes estou nervosa, mas não me dá nervos. Nervoso todo mundo fica, assim todo dia. Você pode ficar nervosa porque falta alguma coisa, ou outra não dá certo como você quer. Mas quem tem o nervo vem de dentro, ataca pelos nervos da pessoa; então atrapalha demais. (Texto da paciente)

Ou, então, os homens são apontados pela comunidade como *doentes dos nervos* por serem, quase sempre, pacientes psiquiátricos propriamente ditos.

Pelo apurado entre a comunidade, há diferença, por vezes muito sutil: os *doentes dos nervos* têm crises em geral mais rápidas e intensas, manipulam seus medicamentos e nunca foram internados, enquanto os doentes psiquiátricos, ao contrário, não têm muito domínio sobre si mesmos, têm histórias de internações anteriores. Interessante notar que, da perspectiva médica, essa forma de estabelecer o diferencial entre os casos parece-me muito adequada.

Entendendo que *nervos* fala não só de sentimentos pessoais, mas de diversos aspectos da vida, de conflitos sociais, de papéis relacionados ao gênero, de desviantes, da ideologia e da prática médica, entre outros, proponho que três vias de interpretação sejam tomadas para entender o *nervoso* no contexto da comunidade do Campeche.[12]

Primeiro, tomá-lo como um recurso das mulheres, pois embora algumas de suas manifestações possam ser aceitas nos homens como parte de seu temperamento, nas mulheres constituem a expressão da perda de controle sobre si mesmas e, então, uma resposta desviante. Depois, entendê-lo como linguagem social e como ato ou cena de um drama social. E, finalmente, como forma dissimulada de exercer violência.

Esse tripé interpretativo permite que se perceba o caráter variável e contraditório dos *nervos* como *clichê* ou como *drama* individual e/ou social,[13] também assinalado por Davis (1981).

Abordei também o fenômeno *nervos* tomando por base as possibilidades terapêuticas, por meio das quais se pode evidenciar melhor a problemática do atendimento médico para esses casos e as dificuldades da biomedicina ao fazê-lo.

Assim, a partir das narrativas de doenças feitas por mulheres reconhecidas em seu meio como sofredoras dessa afecção, introduzo uma discussão sobre a relação entre gênero, saúde, violência e *nervos* e faço uma reflexão sobre a forma como a biomedicina vem abordando essa problemática e sobre a contribuição que pode receber da antropologia. Essa contribuição não se prende apenas ao nosso tema, mas sim à atuação médica em geral. Assim, para esta finalidade específica, tomarei *nervos* apenas como um caso exemplar, entre outros tantos que poderia ter escolhido.

Tendo como referencial a proposta de Van Schaik (1989a) para avaliar a produção sobre *nervos*, situo meu trabalho em duas linhas: no que diz respeito aos casos e à sua interpretação, na linha hermenêutica; as discussões sobre a postura biomédica, gênero e *nervos* estão mais vinculadas a uma postura crítica.

Da primeira, posso exaltar as vantagens de favorecer a evidenciação da etiologia e de compreender a determinação sociocultural da doença, como ressaltam Davis & Guarnaccia (1981). Da opção crítica, que no meu entendimento não exclui uma fase preliminar de caráter interpretativo, pretendo me valer das sugestões de natureza mais pragmática voltadas para a postura e a prática médicas.

O Indivíduo diante de seu Sofrimento

Dor
Que sensação é essa que me faz ninguém
Perante a vida,
Perante o mundo,
Perante o mensurável e o imensurável?
Nesse instante não sou nada,
Não tenho nada
Sou o que puder curar
Sou o que a vida puder sanar
Sou um ai no ar...

Thelma Prado Moraes

Evocando a explicação proposta por Kleinman (1980a) para as manifestações psicossomáticas entre os chineses, pode-se dizer que *nervo*, no nível pessoal, representa um conjunto de manifestações decorrentes de fenômenos psicobiológicos. No processo por ele chamado de cognitivo, tais manifestações sofrem a influência cultural, pois é neste campo que são percebidos, rotulados, explicados e avaliados os agentes estressantes.

O crivo, culturalmente determinado, pelo qual passa a experiência pessoal, define, então, como ela vai se manifestar. Ou seja, imprime-lhe as feições típicas e específicas de cada cultura, conferindo-lhe a singularidade que se pretende explicitar aqui. Esse processo cognitivo, com sua feição cultural particular, explica por que algo que é percebido como estressante em uma cultura pode não sê-lo em outra.

Kleinman mesmo exemplifica essa diferença citando Hsu, que demonstrou que a percepção de problemas intrapsíquicos, quando contrapostos aos familiares, é diferente entre chineses e norte-americanos. Os primeiros valorizam os problemas familiares em detrimento dos intrapsíquicos, ao passo que com os americanos ocorre o contrário. A decorrência dessa peculiaridade cultural é o maior número de estresses provocados por problemas familiares entre aqueles, e de intrapsíquicos entre os últimos.

Costa (1987a), em artigo sobre a *doença dos nervos*, afirma ser este tipo de sofrimento uma forma cultural, específica de certos indivíduos em camadas de baixa renda, de reagir a desestruturações no que ele chama de identidade psicológica. Para ele, essa doença é tudo aquilo que o sujeito experimenta, sente, interpreta como sendo *eu*. Resulta de um sistema de representações distintas entre si, porém articuladas, em que cada uma se refere ao modo como o sujeito se liga ao universo sociocultural.

E mais: a definição da identidade com base nesses sistemas de representação social, portanto, acaba assumindo um caráter normativo, donde a impressão de universalidade e a aparência de *naturalidade* de que se acaba revestindo. Tais características, por fim, conferem-lhe maior poder coercitivo sobre o sujeito, colocando-o na situação desviante sempre que essa identidade psicológica (socialmente determinada) é posta em questão, sofre rupturas ou vivencia conflitos, justamente porque tem um valor coercitivo muito grande. Como esse desvio é percebido como um sofrimento diferente daquele de origem orgânica e, também, diferente dos outros conflitos da vida relacional do dia-a-dia, é reconhecido pelo próprio paciente como psíquico e recebe denominações como *doença dos nervos*, *ataque*, *sistema ou estado de nervos*, *nervos* ou *nervosismo*. Por advir de um conflito identificatório, originado na esfera psicológica, esse sofrimento é então assimilado à doença. E os *nervos*, ainda segundo Costa, funcionariam como unidades excitáveis e capazes de voltar ou não a um equilíbrio homeostático após a excitação; no segundo caso provocariam o *ataque* ou a *crise de nervos*.

Por se tratar de um quadro de fundo indiscutivelmente emocional como o de *nervos,* certamente chamará a atenção neste trabalho a lacuna deixada pela ausência de uma análise de caráter mais individual. Porém, não foi para tal tipo de abordagem que me voltei, não havendo, nesse movimento, propósito de desmerecê-la, mas apenas a intenção de desenvolver outra reflexão, cujo resultado pudesse a ela ser sobreposto, enriquecendo-a. Interessava-me considerar que o fato psíquico cuja manifestação externa é o *nervoso* se desenvolve num indivíduo inserido num meio social no qual os fatos de sua vida, como Durkheim (1982) há muito já assinalou, não se fazem do nada e nem para nada. Eles acontecem num substrato social e a ele devem se referir.

Impunha-se, portanto, descobrir como a resposta individual ao estresse (que é socialmente determinado) se articulava com as dimensões social e cultural, e como, por meio dessa articulação, o indivíduo poderia dizer aos circunstantes que seu limite pessoal foi atingido e que a realidade social tem de ser mudada para que ele sobreviva.

Deixando aos psicólogos a tarefa de analisar o *nervoso* do ponto de vista dos mecanismos internos e de suas manifestações individuais, procurei atuar no contexto mais amplo em que qualquer enfermidade ou distúrbio comportamental de um sujeito só pode ser compreendido na rede de interações nas quais ele vive e atua, e nas quais a compreensão e a acepção da doença são mais abrangentes do que na biomedicina.

Por que esse Olhar Antropológico para uma Questão de Saúde?

Não há sociedade onde a doença não tenha uma dimensão social e, deste ponto de vista, a doença, que é também a mais íntima e a mais individual realidade, nos fornece um exemplo concreto de ligação entre percepção individual e simbólico-social.

Augé[14]

Muito embora o conteúdo subjacente às ações e questões ligadas à saúde e ao cuidado médico permita uma *leitura* do que elas expressam, dos significados sociais que podem ser reveladores das relações sociais sobre as quais elas se formam e que, ao mesmo tempo, refletem, a biomedicina, mesmo em sua versão mais aberta à problemática social, que é a epidemiologia, pouco explica sobre o sofrimento (a singularidade e a estranheza de *sentir-se* doente). E explica menos ainda sobre as incontáveis possibilidades culturais de compreensão dos fenômenos ligados à saúde e à doença, sobretudo no campo simbólico.

Entretanto, o interesse dos antropólogos sempre privilegiou, ainda que por vezes apenas no relato, aspectos ligados a alimentação, cuidados corporais, plantas medicinais, concepção, morte, diagnóstico das doenças, especialistas de cura (leigos ou religiosos) etc.

Desde Rivers, médico e um dos pioneiros da pesquisa de campo na antropologia, preocupado com a *medicina primitiva* no início do século, passando por nomes como Clements, Ackernecht (que também era médico e tem sido considerado o pai da antropologia médica nos Estados Unidos), desenvolveu-se um campo chamado de antropologia médica, antropologia da doença ou antropologia da saúde.[15]

Adoto a denominação *antropologia da saúde*, por entender que ela designa com mais propriedade o vasto campo que abriga o estudo da saúde (reconhecimento do estado de saúde, formas de preservá-lo, alimentação, sono, interações ambientais etc.) e da doença (sistemas etiológicos e terapêuticos, significados e usos sociais da doen-

ça, saúde e doença como processo etc.). Evito, assim, o reducionismo que parece implícito na abordagem da *antropologia da doença*, a qual, ao enfatizar a doença, abandona a abrangência que pode estar contida no campo da saúde.

Da mesma forma, a denominação *antropologia médica* implica a submissão do seu objeto ao paradigma biomédico, reduzindo-o ainda mais, já que os limites da fisiopatologia biomédica, com certeza, não contemplam integralmente a pluralidade, a diversidade e a interligação entre os múltiplos aspectos e peculiaridades que marcam a vida humana.

Estudiosos da área da saúde já têm demonstrado preocupação com essas limitações do conhecimento produzidas pelo modelo biomédico. Minayo, por exemplo, a elas se refere mencionando "a miopia frente ao social e a falha no recorte da realidade a ser estudada" (Minayo, 1991a:234), produzidas pelo apego ao tratamento quantitativo dado ao fenômeno saúde/doença e pela abordagem anatomofisiológica da medicina, próprios da epidemiologia clássica, que podem produzir restrições a uma compreensão mais abrangente de tal processo. Sintetizando a informação trazida pelos estudos antropológicos de Mauss (1974), de Lévi-Strauss (*Introdução à Obra de Mauss*, 1974) e de Douglas (1976a), a autora mostra que os fenômenos ligados à saúde e à doença informam sobre:

> a) a visão de mundo do grupo social;
> b) as atitudes coletivas face à infelicidade dominadora;
> c) o rompimento do indivíduo com as normas e regras de sua sociedade, freqüentemente traduzidas em códigos morais e religiosos;
> d) o encontro do homem com o que considera *infeliz e alienante* em sua sociedade. (Minayo, 1991b:234) (grifos da autora)

Assim, representações[16] e práticas, condicionando-se mutuamente, determinam o processo saúde/doença. Na perspectiva da construção social,[17] tal processo não pode ser definido por si só, mas apenas como fato socialmente determinado, tanto por condições físicas e coordenadas biológicas quanto pelas modalidades de relações sociais e pelos códigos definidos historicamente pelas comunidades sociais nas quais os sujeitos inserem e modulam sua individualidade. Nessa perspectiva, a doença não se restringe a um fato clínico, é antes um fenômeno sociológico:

> [a doença] exprime hoje e sempre um acontecimento biológico e individual e uma *angústia que pervaga o corpo social*, confrontado com as turbulências do homem enquanto ser total. À medida que cristaliza e simboliza as maneiras como a sociedade vivencia coletivamente seu medo da morte e seus limites frente ao mal, a doença importa tanto por seus efeitos imaginários: ambos são reais do ponto de vista antropológico. *A doença é uma realidade construída e o doente é um personagem real.* (Minayo, 1991c:233) (grifos meus)

Dentro desse referencial de construção social e de conteúdos simbólicos, é mais ou menos óbvio que se tome saúde/doença, ou o que se relaciona com este binômio, como capazes de portar ou de constituir mensagens compreensíveis para o grupo social

no qual se originam. Quer dizer: o corpo, sadio ou doente (Ferreira, 1994),[18] tanto quanto as ações destinadas a manter a saúde ou a curar a doença representam, por si só, *inscrições simbólicas* passíveis de leitura por aqueles que dominam os seus códigos.

Rodrigues (1975) lembra que as mensagens corporais representam uma linguagem, fazendo da capacidade de pensá-las, exprimi-las e identificá-las um fato eminentemente social, donde o limitado sucesso das posturas que restringem a compreensão da doença ao seu aspecto biológico, como é o caso da biomedicina.

Portanto, para pensar as causas da doença é preciso pensar, necessariamente, a cultura e a sociedade e, estendendo a compreensão da doença como experiência, analisar seu significado para o próprio doente e para os que o cercam, buscando as implicações clínicas da relação entre a doença e a cura, e entre a sociedade e a cultura.

Decorre dessa forma de compreender que os cuidados com a saúde constituem um sistema comparável a outros sistemas culturais (parentesco, linguagem etc.): estão inseridos no contexto cultural por meio dos seus significados simbólicos e se apóiam em modelos de interações interpessoais e em instituições sociais.

Sistema de saúde, segundo Kleinman (1980b), é o sistema simbólico ancorado em um arranjo peculiar das instituições sociais e modelos de inter-relação pessoal; é a totalidade das inter-relações que ocorrem em toda cultura, da doença, a resposta a ela, a experiência individual de adoecer, o tratamento e as instituições correlatas. O autor inclui em sua compreensão de sistema de saúde os esquemas de explicação sobre as causas das doenças, normas para ação, cenários sociais nos quais as ações acontecem, status e papéis socialmente legitimados, interação, instituições envolvidas no reconhecimento e no tratamento das doenças.

Nessa perspectiva, modelos e crenças explicativos da doença, normas que determinam a escolha e a avaliação do tratamento, status, relações de poder, interação e instituições fazem parte dos sistemas de saúde. Neles, pacientes e curadores são componentes básicos, bem como a doença e o processo de cura. Também a preservação da saúde e tudo o que a ela se relaciona integram tais sistemas.

Doença e cura, pacientes e curadores e as relações sociais são então tomados como componentes essenciais de um sistema no qual a realidade simbólica é a chave para a conexão entre a realidade social e os processos psicofisiológicos, na atuação destes sobre o organismo e, conseqüentemente, sobre o processo saúde/doença.

Enfatizando a ligação entre a doença e a sociedade, pela apreensão dos significados sociais expressos por meio dos conteúdos simbólicos inseridos na doença e nas expressões semânticas a ela correlacionadas, Kleinman mostra ainda a especificidade cultural do adoecimento.

Isso acarreta uma diferença com o enfoque biomédico, para o qual a doença seria uma entidade universal, ao passo que para a antropologia, ao contrário, a cultura determina a doença e a forma de adoecer, resultando daí racionalidades diversas para uma e outra, as quais também têm sido destacadas por outros autores:

> Nesta perspectiva [a de haver duas racionalidades distintas, para as ciências naturais e para as ciências da cultura], as ciências naturais se caracterizariam epistemologicamente em estabelecer nexos *de causalidade* entre os fenômenos. A sua racionalidade seria *explicativa e determinista*. Em contrapartida, as ciências do espírito procurariam delinear possibilidades de *compreensão*, inserindo-se no campo textual imantado pelo *sentido*. A sua racionalidade seria hermenêutica, indicando, pois, de fato e de direito, os saberes da interpretação. (Birmam, 1991:14) (grifos do autor)

O campo da antropologia da saúde se apóia, portanto, em uma dupla base: na biomedicina, da qual retira os modelos para a compreensão dos fenômenos biológicos ligados aos fenômenos orgânicos do adoecimento (um apoio, portanto, nas ciências naturais); e na antropologia (quer dizer, na ciência social), com base na qual procura as implicações culturais e sociais do mesmo fenômeno. Suas explicações surgem dessa tentativa de aproximação entre biologia e cultura, ou seja, da interação entre a natureza e a intervenção humana sobre ela, da qual resultam saúde e/ou doença.

A antropologia social, pela via da antropologia da saúde, pode trazer a sua contribuição e, indiretamente, atuar sobre os serviços de saúde, facilitando as vias de integração e as abordagens interdisciplinares, graças à ampliação da compreensão desse processo. Porém, abordar antropologicamente a questão da saúde/doença não implica o abandono das dimensões biopsicológicas e econômico-políticas desse processo, mas sim o entendimento de que os homens nelas operam por meio de processos ideológicos baseados na experiência pessoal e grupal, em crenças, percepções, atitudes e práticas, histórica e socialmente dadas. Ou seja, no reconhecimento de que o que a pessoa sente é percebido, valorizado, manipulado de acordo com a sociedade da qual ela faz parte, como atesta a presença, na literatura antropológica e mesmo médica, de inúmeros exemplos de diferenças na tolerância à dor ou a certos sofrimentos, na satisfação de necessidades fisiológicas básicas, como a fome ou até mesmo a defecação (e. g. Douglas, 1976b; Harris, 1978).

Na antropologia da saúde, duas correntes ganharam proeminência nos últimos anos: uma, a hermenêutica, privilegia as explicações da doença entendendo-a como uma *experiência* e compreendendo-a no campo simbólico; a outra, a corrente crítica, traz à discussão como as questões de poder e seus desdobramentos podem perpassar o campo da saúde.

A primeira retém dos pioneiros, Rivers e Ackernecht, a noção de medicina na cultura e a da etiologia como uma porta de entrada muito importante para a compreensão dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos; da etnociência, dos anos 50, valoriza a relativização da biomedicina, o reconhecimento da existência das *outras* medicinas e sua inserção num contexto cultural mais amplo; e, finalmente, apropria-se da tendência dos ecologistas ao holístico e ao reconhecimento do fenômeno saúde/doença como *processo* (e, como tal, sujeito à dinâmica social que envolve aspectos sociais, econômicos, ambientais, políticos etc.).

A antropologia da saúde busca no campo simbólico e na hermenêutica uma compreensão de saúde/doença como experiência plena de significados para o próprio doente e para aqueles que o cercam. Nessa linha, os autores apropriam-se dos conceitos incorporados pelo estudo de rituais e símbolos, como os de trabalhos de Turner (1974), e daqueles desenvolvidos com base numa postura hermenêutica na antropologia, como os de Geertz (1989).

A postura crítica, por sua vez, procura ampliar a discussão além do significado inscrito no campo simbólico, agregando-lhe o questionamento advindo de uma análise conjuntural que se aproxima mais da sociologia, da economia e da política. Assim é que correntes teóricas mais ligadas ao marxismo, por exemplo, desenvolvem mais pesquisas de natureza crítica, especialmente no campo da saúde. Essa corrente busca uma aplicação mais direta do conhecimento por ela desenvolvido, no campo da práxis.

Nervos na Literatura Antropológica

Seja dentro ou fora da assistência à saúde, nervos como uma queixa emicamente derivada e culturalmente construída, popular, variável e de múltiplos usos transcende a mente, o corpo e a cultura e é melhor compreendida através da investigação e análise antropológicas.

Davis & Guarnaccia

Quanto à sintomatologia, o *nervoso,* em nosso meio, se aproxima muito do *susto* e das descrições de outras síndromes, como *mau-olhado* e *encosto*. Por essa semelhança sintomática que apresentam, sugerem ser modalidades culturalmente específicas de respostas a um mesmo problema: o estresse social, seja ele explicado em termos puramente socioculturais, como tento fazer, ou aprofundado na interação desse com as considerações de caráter psicológico sobre rompimentos ou conflitos da identidade psicológica, por agravos de natureza relacional.

Porém, não é a mesma a opinião de Barnett (1989), que estudou *nervos* num povoado peruano; ali, a autora encontrou diferenças entre *susto* e *nervos,* sendo que estes são problemas femininos e ligados à menopausa.

A historiadora Susan Cayleff (1988a) faz uma revisão conceitual de *nervos,* gênero e neurastenia, enfocando principalmente a produção médica norte-americana e a abordagem psicológica e suas implicações. Enfatiza *nervos* como um problema ligado ao gênero e aos papéis femininos.

Referindo-se à obra de Walker publicada em 1844, por Langley, em New York – *Woman Physiologically Considered as to Mind Morals, Terezaage, Matrimonial Slivery, Infidelity and Divorce* –, Cayleff evidencia historicamente que o interesse antropológico por esse tema não é novo.

O tratado antropológico de Walker repetiu crenças familiares sobre a vulnerabilidade *nervosa* da mulher, que era pensada como regra de sua natureza e de toda sua ação. Walker, na época, com sua noção de suscetibilidade *nervos*a, estava em sintonia com outras disciplinas: neurologia, medicina, psiquiatria, psicologia.

O assunto tem gerado muitas publicações, exclusivas ou não, no mundo todo, sejam elas artigos, números especiais de revistas, tal como o número 12 do volume 26 do prestigioso periódico *Social Science & Medicine*, sejam livros, como aquele cuja publicação foi liderada, em 1989, por Davis e Low: *Gender, Health, and Illness: the case of nerves*.

No Brasil, o Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) patrocinou a pesquisa de Duarte que resultou na publicação, em 1986, de um volume intitulado *Da Vida "Nervosa" nas Classes Trabalhadoras Urbanas*.

Sintomatologia e determinantes psicossociais semelhantes têm sido descritas, em outras culturas, como síndromes de denominação diversa, as quais, porém, em muitos aspectos, podem ser superpostas aos *nervos*, como é o caso da ligação com os papéis femininos. Exemplo disso é o *desconforto do coração,* relatado por Good (1977), entre mulheres iranianas. O autor observou que, no Irã, a *aflição do coração*, tal como o *nervoso* entre nós, ora é sintoma, ora é doença, ora é causa de outras doenças, porque a estrutura, a construção cultural da doença não é monolítica; ao contrário, ela pode conter variações individuais de classe, de gênero e de circunstâncias.

A propósito de imigrantes gregas no Quebec, Lock (1991a) discorre sobre *nervos*, nostalgia, honra, papéis relacionados a gênero e cuidados médicos, destacando as dificuldades encontradas pelos médicos em tratar do problema por não conhecerem a cultura de origem dessas mulheres.

Low (1985), a respeito de *nervios* na Costa Rica, diz que, naquele país, *nervos* é um modo culturalmente aceitável de apresentação de distresse para a família e praticantes de medicina. Ao fazer uma revisão do tema, aponta semelhanças nos sintomas relatados por vários autores, em diversos locais, aos quais são atribuídos significados culturais específicos.

Em 1989, Dona Davis e Setha Low organizaram uma sessão intitulada *Health, Culture and the Nature of Nerves*, no American Anthropological Association Meetings. Do evento, resultou a publicação de um número especial do *Medical Anthropology*, do qual alguns artigos serão comentados a seguir.

Davis relata seus achados sobre *nervos* entre pescadores de uma comunidade de New Foundland, Canadá, mostrando que, entre eles, *nervos* tem um caráter variável, abrangendo um largo espectro de queixas psicossomáticas, bem como emoções, padrões morais e visão de mundo. Diz que o fenômeno reflete a conexão entre biologia, psicologia, sociedade e cultura, tornando-se uma expressão da honra pessoal e coletiva. Como um símbolo central, *nervos* simboliza o poder coletivo e individual do caráter dessa comunidade e marca um senso emergente de identidade

étnica. Para ela, em suas *crises de nervos* as mulheres reafirmam seu pertencimento à comunidade e aos seus valores, delas fazendo um discurso legitimador, fortemente ligado à cosmologia.

Na mesma publicação, Lock comenta o trabalho de Davis (1989), referindo-se agora ao *poder* ligado ao seu uso: destaca as diferenças entre o significado do termo quando usado por aqueles que detêm autoridade e os que não a têm e frisa que os oprimidos usam o termo *nervos* atribuindo-lhe um significado mais forte e potencialmente mais poderoso do que aquele definido pela simples apropriação do vocábulo com sua ligação anatômica e definição científica.

Lock chama a atenção para a importância de aceitar o plano metafórico como parte do processo de cura e, mais ainda, como ferramenta no desenvolvimento de uma consciência política. Para ela, o profissional de saúde ou o trabalhador social não pode combater toda a injustiça em nossa sociedade, mas pode aprender a levar a sério todo sofrimento, mesmo quando ele não tem base orgânica.

Em outro artigo, Davis & Guarnaccia acentuam a ocorrência universal do fenômeno *nervos* com uma especificidade de apresentação definida em cada cultura. Além disso, salientam que é um derivado êmico, popular, variável, constituindo-se numa queixa com variados propósitos, que transcende a mente, o corpo e a cultura, e que sua melhor compreensão é obtida por meio do estudo antropológico.

Os mesmos autores, agora em associação com Cancela e Carillo, com base em um estudo clínico, abordam ainda a problemática entre imigrantes latinos nos Estados Unidos, ligando o fenômeno *nervos* à ira e à dor resultantes da desagregação familiar e do processo migratório. Inserem *nervos* em esferas de poder microfamiliar e no contexto estressante da migração.

Ainda no mesmo encontro, Dunk (1989a) trata da ocorrência de *nevra* entre mulheres gregas no Canadá, qualificando a ocorrência como expressão de distresse social ocasionado por condições precárias du trabalho, baixos salários e relações du gênero na comunidade grega. Concordando com Low, também classifica *nevra* como sintomas *interpretados culturalmente*. Destaca que a falha em perceber este fato induz à medicalização[19] e à atribuição do rótulo de doente crônico ao paciente.

Entendendo *nervos* como uma síndrome definida, culturalmente, para as pessoas de língua espanhola provenientes do Caribe e residentes nos Estados Unidos, e preocupados com o diagnóstico, Oquendo, Horwarth & Martinez (1992a), valendo-se de sua experiência clínica, propõem uma coleção de critérios biomédicos para se definir um caso, os quais aparecem no Anexo 4.

Na França, Fainzang (1995) aborda a problemática dos *nervos* associada ao alcoolismo por meio de um levantamento das representações associadas, independentemente da possível explicação médica relacionada à intoxicação crônica pelo álcool.

Em nosso meio, alguns trabalhos curriculares, como os de Figueiredo (1979), de Mombelli (1992a) e de Souza (1994) abordam a problemática de *nervos* ou de distúrbios neurovegetativos (DNV) – sigla freqüentemente usada em prontuários médicos para o registro de crise de nervos –, nos estados do Rio de Janeiro, de Santa Catarina e do Paraná. Dentro dos limites de sua realização, eles trazem, entretanto, a informação sobre a ocorrência comum de *nervoso* entre usuários de serviços públicos de saúde, e a impossibilidade dos mesmos em dar suporte conveniente aos doentes. Apontam também a abordagem inadequada, provocada pelo despreparo médico, e seu efeito imediato, que é a exagerada medicalização.

Outros, como, por exemplo, o de Cereser (1996) e o de Cartana (1988a), em dissertações de mestrado, discorreram sobre temas diversos ligados à saúde e abordaram pontualmente o *sofrimento de nervos*, evidenciando sua ocorrência em comunidades gaúchas, no primeiro caso, e na própria Ilha de Santa Catarina, no segundo. Estudando a comunidade da Costa da Lagoa, Cartana encontrou os *nervos* como uma doença de grande incidência tanto entre homens como entre mulheres, cuja sintomatologia varia desde simples alterações no humor até a *doença da loucura,* estando relacionada a um modelo etiológico multicausal, que, no caso das mulheres, se relaciona aos ciclos menstruais, parto etc. Ou seja, a fatos ligados à condição feminina.

Pelaez (1989) observou, também entre mulheres da ilha, correlação de mesma ordem, no fenômeno da *recaída* pós-parto. Cereser destacou ainda o papel do *nervos* na gênese ou na manutenção dos estados hipertensivos.

Numa discussão sobre o papel da representação social do conceito de trabalho, do valor a ele atribuído e sobre a constituição da identidade como identidade do *eu*, Jacques (1995) explorou a dinâmica da interação entre a instância psíquica (individual) e a experiência laboral (coletiva). Analisou os distúrbios psíquicos agrupados como *doença dos nervos* e a sua relação com a identidade de trabalhador.

Sobre a questão dos *nervos* no Brasil, destacam-se, em trabalhos de maior profundidade, Duarte, Souza, Rabelo & Alves, Scheper-Hughes, Rozemberg, Costa e Rebhun.

Souza (1983), em um número especial de uma publicação do Ministério da Saúde, dedicado à área de saúde mental, discorreu sobre a *doença dos nervos* como uma estratégia de sobrevivência à exploração e à opressão das classes trabalhadoras. Sua análise baseou-se em entrevistas de segurados do sistema oficial de seguridade social, que se encontravam em processo de reabilitação profissional. A autora notou então que a falência desse processo, pelas dificuldades determinadas pelo mercado de trabalho, gera sentimentos de fracasso e de exploração, que resultam no aparecimento de sintomas *nervosos*. Enfatizou sua vinculação com o desenvolvimento industrial, a crescente urbanização e as diferenças sociais e culturais geradas por tal processo.

Duarte (1986, 1987a, 1993b, 1994) é, sem dúvida, o autor que acumula a maior reflexão sobre o tema em nosso país. Complexa, sua obra não pode ser comentada em poucas palavras, e menos ainda por uma neófita como eu. Portanto, apresento alguns

dos aspectos de seu pensamento, que inclui a análise teórica, a construção social da pessoa moderna, a discussão das relações da modernidade com a classe trabalhadora, a busca de representações do *nervoso* na cultura literária e sociológica do século XIX e início do século XX, a crítica à produção teórica norte-americana sobre *nervos* e a noção de alterações físico-morais.

Scheper-Hughes (1992a) abordou o fato de a fome e a miséria serem qualificados como doença mediante a categoria *nervos*, e sua conseqüente medicalização. Ao apresentar a problemática de *nervos* entre lavradores, Rozemberg (1994a) também discorreu na mesma linha, criticando a medicalização de um problema social, a qual favorece a manutenção do *nervoso* como fenômeno individual e a transformação de casos episódicos em casos crônicos pelo uso abusivo de calmantes.

Rebhun (1993, 1994), estudando *casos de nervos* entre mulheres trabalhadoras do interior do Nordeste brasileiro, observou que esse diagnóstico pode estar associado à ira ou à ansiedade, e que estas podem provocar alterações nos papéis sociais, *usando os nervos* para mudar o comportamento social dos outros em situações nas quais as mulheres, de outra maneira, teriam limitado controle.

Numa perspectiva psicanalítica fortemente *contaminada* pela antropologia, Costa (1987b) aborda a problemática dos *nervos* como elemento construtor da identidade do *self* (eu). O mesmo ocorre com os trabalhos de Alves (1994a) e de Rabelo & Alves, em parceria (1995a), na Bahia.

No mesmo contexto de pesquisa dos últimos autores, Hita (1998), ao tratar do sentido fragilizador contido em experiências, práticas, eventos e contexto na vida de mulheres auto-intituladas *nervosas*, buscou uma compreensão desse processo apontando para elementos estruturais das trajetórias pessoais das sofredoras e procurou mostrar o vínculo entre a constituição do *eu* (*self*) e a experiência da doença. Destacou a intenção de *dar voz às mulheres* e o papel da linguagem na vida de cada um.

Peripécias de uma Médica (então Pretendente a) Antropóloga em Campo, ou a Subjetividade da Autora na Pesquisa: viés ou facilitação?

Eu mesmo fui procurar meus sofrimentos
quando socorri mortais.

Ésquilo, *Prometeu Acorrentado*

Aceitei a sugestão de trabalhar com os *nervos* porque em minha experiência anterior, como clínica geral[20] e na observação informal no Campeche, já notara a sua relevância para as mulheres. Porém, não percebi logo de início a complexidade da empreitada que assumia. Sim, porque logo me vi numa pesquisa de fronteiras muito

maleáveis, tanto no que diz respeito à relação entre objeto e sujeito, pesquisador e pesquisado (que me situava ora aqui, ora acolá), quanto no que se relaciona ao tema: afinal, *nervos*, como dizem os médicos, *não é nada*; mas, como sentem os pacientes, *é tudo na vida da gente...*

Residia há dois anos no Campeche quando resolvi tomá-lo como campo de minha pesquisa. De início, vivendo simplesmente como moradora, tive oportunidade de conviver com muitos nativos, o que acabou se mostrando muito importante como um dos elementos facilitadores, tanto como um passe para entrar nas casas quanto para que eu pudesse saber do que as mulheres falavam em suas queixas. Outra vantagem foi poder confrontar, seguindo a velha e boa lição de Malinowski, o que me diziam com o que de fato faziam. Sua recomendação de prudência se mostrou valiosa em mais de uma ocasião.

Como moradora, minha experiência se mostrou muito interessante: vinda de Curitiba, conhecida, entre outras características, pela reserva de seus moradores, me deparei aqui com nativos extremamente hospitaleiros, prestativos, dispostos a logo fazer amizades. Como um deles mesmo disse, "o pessoal daqui às vezes é muito invasivo, vai entrando pela tua casa, impondo a sua amizade, mesmo que tu não queiras..."

Fui recebida de forma hospitaleira certamente por ser viúva, ter duas filhas pequenas vivendo comigo, ou seja, por integrar uma família que se ajusta a um padrão semelhante aos padrões locais. Meus colegas de mestrado que também moraram por um tempo no mesmo bairro não receberam o mesmo tratamento. Embora seja relativamente comum por aqui, de uns tempos para cá, que rapazes e moças estudantes morem juntos, em *repúblicas,* o costume ainda causa estranheza entre os nativos. Isso ficou bem evidente por ocasião dos cortejos do Divino,[21] quando a minha casa sempre foi visitada e as dos meus colegas não, embora a comitiva passasse em frente a elas.

Moradora por um tempo, pesquisadora ao fim da estada, confesso que me senti por vezes realmente muito mais *invadida* do que invasora, mesmo no caso das pacientes entrevistadas.

Volto às relações entre sujeito e pesquisador, problemática que já aparecia na ambigüidade da qual me constituí: médica e, agora, antropóloga de campo; mulher, porém pesquisadora; paciente de eventuais crises de *nervos,* mas também observadora das crises alheias. Paradoxalmente, isso não constituiu problema; ao contrário, trouxe-me permissão para adentrar nas histórias e vidas das *nervosas*: "só te conto isso porque tu és minha amiga e porque tu és uma médica..." Ou então: "tu entendes, posso falar contigo dessas coisas porque tu és uma mulher como eu".

Antes de iniciar a pesquisa, vi-me um dia numa situação delicada, em que a ambigüidade médica-amiga ficou muito clara: uma das minhas amigas, que já me chamara várias vezes para atender seu marido que passara mal, acordou-me num domingo muito cedo, dizendo: "queria ver se podes fazer um favor para mim, sei que tu podes, tens o carro, mas não sei se tu vais querer". Colocadas assim as coisas, não me restava outra saída senão atendê-la; além disso, *devia-lhe*[22] uns favores e já havia sido acorda-

da mesmo. Perguntei-lhe aonde queria ir, disse que ao Morro das Pedras, encontrar o marido que para lá fora de madrugada. No meio do caminho a conversa me fez entender qual era a situação: ela iria tentar flagrá-lo numa suposta tentativa de adultério. Fiquei sem saber o que fazer: ela, reafirmando a confiança na minha colaboração e testemunho; e eu, tentando achar um jeito de me safar e escapar de ser testemunha contra meu paciente, situação absolutamente desaconselhada nos alfarrábios médicos! Talvez por distração, provocada pelo conflito em que me encontrava, não controlei bem a direção e o carro encalhou num atoleiro. Tivemos de buscar socorro na vizinhança e a investigação foi interrompida; livrei-me por pouco de uma situação que certamente geraria muita confusão. Ela voltou muita frustrada para casa, ele chegara muito antes, o que a obrigou a inventar uma desculpa para ter saído tão cedo num domingo, pois ela sempre lhe pede permissão para sair. Claro que ela disse que eu lhe pedira que me acompanhasse a um local aonde eu pretendia ir, e que ela não teve como negar o meu pedido... Parece que ele engoliu as suas desculpas.

Desdobramentos da balbúrdia de identidades apareciam também quando a própria pesquisa oscilava e pendia para a clínica,[23] cujo exercício evitei assumir durante o trabalho de campo, mas que, com alguma freqüência, me deixou em posições mais apropriadas a uma profissional da velha tradição de médica da família e de conselheira familiar. Outras situações me levaram a assumir simplesmente o espaço próprio das amizades, muito embora fosse tempo de trabalhar.

Ainda na elaboração do projeto, uma certa inibição tomou conta da aprendiz de antropóloga: imaginei-me constrangida se começasse por esmiuçar redes sociais que poderiam me levar diretamente às pacientes e, mais constrangida ainda, chegando às suas casas para indagar de uma entidade tão fluida quanto os *nervos* e, por causa deles, ir logo pedindo que me expusessem sua intimidade.

Então, o hábito epidemiológico[24] se impôs e planejei pedir passagem por intermédio de uma enquete sobre os medicamentos disponíveis em casa, percorrendo os domicílios dos nativos, apresentando-me como médica, perguntando se tinham medicamentos de qualquer tipo em casa, para que eram utilizados, quem prescrevera etc. Achava que com esses dados obteria pistas de casos de *nervosos* e poderia puxar conversa sobre o assunto.

Seguindo minha própria proposta original, iniciei a enquete. Entretanto, ocorreu o que já me haviam advertido a respeito dos perigos dessa via para quem, certamente, logo se veria tentada a aprofundar o estudo.[25] Só detectei dois casos na enquete, e logo percebi que ela não revelaria os casos das pessoas que pretendiam manter sigilo sobre seu sofrimento. As pessoas abordadas por essa via se mostravam muito retraídas e demoraram muito a se abrir, o que não aconteceu com as abordadas por algum morador.

Ainda assim, percebi que os pacientes sondavam primeiro o grau de confiança que o morador tinha em mim, o meu tempo de moradia por aqui, e só depois se dispunham a falar de seus problemas, de forma muito mais detalhada do que as outras. Tudo

isso me mostrou que foi o fato de estar aqui há mais de ano e meio, tendo feito amizade com algumas pessoas e tendo atendido algumas como médica (aparentemente com acertos), que me habilitou como pesquisadora. Se houvesse tentado iniciar a pesquisa há mais tempo, provavelmente encontraria pouca cooperação. Uma paciente diz:

> *Isso que estou te contando é segredo, nem minhas irmãs, nem essa com quem moro, sabe disso* [tentativa de suicídio e seus complexos pelo fato de permanecer virgem com 51 anos] *eu não contei nem para médico, para aquela médica que eu disse que era muito boazinha, eu não contei tudo, né? Só estou contando para ti porque a gente é amiga há muito tempo* [eu nem me atreveria a me classificar como amiga, e sim como uma conhecida há tempos], *tu és uma médica e estás fazendo uma pesquisa que vem a ser muito boa para os doentes, né? Senão eu não falava nada, que é segredo meu, não interessa sair falando por aí.* (Paciente)

Abandonei, portanto, a enquete sem vacilar, antes que ela me fizesse perder muito tempo e passei a uma estratégia mais antropológica, recorrendo às pessoas que eu já conhecia, em especial a uma que trabalhava no centro de saúde local. Por intermédio delas, passei então a fazer contato com as pacientes.

Mas não só a pesquisadora movimentou-se fluidamente entre diferentes papéis; o tema em si também permitiu um certo trânsito entre diferentes abordagens. Ainda fundada na tradição herdada da biologia, com suas tendências universalistas e essencialistas, poderia passar a abordá-lo, e às vezes o fiz, do ponto de vista dos mecanismos neuroendócrinos envolvidos, que explicam a rica e variada sintomatologia dos casos de *nervos*. Depois, abrindo espaço para a antropóloga, admiti um certo matiz dado pelas peculiaridades do contexto cultural.

Mas outra possibilidade, a que dominou o trabalho, foi a de dar vez e voz às sofredoras dos *nervos*; deixar, parodiando Roland Barthes em seus *Fragmentos de um Discurso Amoroso*, que *isso*, que a própria *cena*, falasse. E é através delas que tento reunir os fragmentos teóricos que possam ajudar a encontrar o seu próprio sentido. Ouvindo-as, em suas trajetórias rememorei a da medicina. Suas vias-crúcis me abriram portas de consultórios, e foi com seus ouvidos que ouvi a palavra dos médicos (e, num inusitado eco, a minha própria), ditas nesse diálogo de surdos[26] em que freqüentemente se transforma a relação médico-paciente.

Suas receitas azuis me levaram a uma rede de tráfico de medicamentos psicotrópicos, muleta, arma e talismã de muitas infelizes. Suas lágrimas evocaram algumas que já verti, e me advertiram a não esquecer que é de gente que a medicina trata.

Em alguns momentos, fui eu a interrogada, questionada, sondada. Minha confiabilidade como médica, como vizinha, como amiga esteve constantemente à prova. Da antropóloga, só eu tinha notícias. O passaporte foi mesmo a chancela do diploma médico, com o aval das amizades. E abrir minha história de vida foi uma das táticas mais freqüentes em campo, porque expondo-me eu provocava a exposição daquelas que eu queria ouvir.

Sujeito/objeto, paciente/informante, médica/antropóloga, onde será que a cada momento eu me situei? Confidente, às vezes confiava meus próprios dramas pessoais, minhas crenças. Por vezes inquiria, mas com freqüência era inquirida, como médica, como mulher. Ora eu era pesquisadora, ora objeto de pesquisa: "já te aconteceu isso? como tu fazes se te dá uma coisa assim? o que tu achas dos filhos fazerem isso?" e assim por diante.

Terei pesquisado ou partilhado experiências? Importa responder?

Por vezes senti a tentação de pesquisar alguma coisa mais distante do campo médico e da minha condição feminina ou emocional. Não raro, dor de cabeça ou de estômago ou tristeza interrompiam a transcrição de fitas ou a análise das entrevistas. Alguns desses momentos quase me puseram na rota de um *diazepanzinho*.[27] Enfim, acho que foram riscos inerentes ao *olhar por dentro,* tão dentro que, em adição ao olhar da médica e da antropóloga, lancei os olhares de uma mulher e, mais do que isso, me debrucei sobre meu próprio interior, como uma delas, *nervosa* também, às vezes.

Sobre esse trabalho, a médica diz: "recolhi relatos patobiográficos"; a antropóloga: "mediante narrativas de doença..."; a mulher (de meia-idade, vejam só!) fala de diálogos carregados de tensão, emoções a custo dominadas, às vezes expressas, em que se reviveram e se compartilharam experiências, trocaram-se informações.

Assim, as ambigüidades assinaladas, cuja proeminência se tornou manifesta durante a pesquisa, longe de constituírem empecilho foram, isso sim, facilitadoras da investigação. O trânsito transdisciplinar, no vai-e-vem da medicina para a antropologia, e vice-versa, facilitou a compreensão do processo saúde/doença, por ampliar as variáveis consideradas para a sua análise.

O Espaço da Pesquisa: a Ilha da Magia

A Ilha de Santa Catarina, que abriga Florianópolis, a capital do estado de Santa Catarina, espaço de grande beleza natural, anuncia-se ao visitante como a Ilha da Magia e, de fato, o imaginário de seus habitantes parece mesmo ser povoado por muitos sortilégios e encantamentos (cf. Maluf, 1989a). A denominação original da cidade, fundada em 1673, era Nossa Senhora do Desterro. Recebeu o nome Florianópolis em homenagem (hoje motivo de controvérsia) ao marechal Floriano Peixoto, em 1º de outubro de 1894 (cf. Santos, 1995a, e CECCA/FEMA, 1996).

Povoada originalmente por índios tupi-guarani, foi colonizada no século XVIII por portugueses e açorianos, cuja vinda destinava-se a ocupar os espaços vazios e marcar os territórios que os portugueses temiam perder para os espanhóis. Os primeiros chegaram ao Desterro (na Ilha de Santa Catarina) entre 1748 e1756. Aqui organizaram-se em pequenas propriedades agrícolas (cf. Caruso, 1995, e Santos, 1995b).

Em geral, é aos descendentes dos açorianos que se aplica hoje o epíteto de *nativo* ou *mané*.[28] Assim os considerei no âmbito deste trabalho, contrapondo-os aos migrantes gaúchos, catarinenses de outras regiões do estado, paulistas, paranaenses e mesmo argentinos e uruguaios que *invadiram*[29] a ilha, notadamente de uma década para cá.

Nativos ainda predominam em algumas comunidades como Pântano do Sul, Armação, Freguesia do Ribeirão da Ilha, Alto Ribeirão, Caieiras da Barra do Sul, Canto e Costa da Lagoa (da Conceição). Presentes em todas as outras, sem predominância, como no Campeche, vão sendo espremidos, confrontados, assimilados ou confundidos em meio aos forasteiros, dando a essas localidades a conformação de mosaicos culturais, e possibilitando a assunção de novos *padrões não mais açorianos*, como diz um de meus informantes (ele próprio um médico curitibano que se estabeleceu aqui há muitos anos). Aquelas primeiras comunidades citadas manteriam ainda mais da cultura original do que dessa mistura de padrões.

Nessas comunidades nativas, os papéis e os espaços masculinos e femininos são ainda muito claramente delimitados. Tal arranjo se reflete também nos fatos ligados à saúde e à doença, e em sua organização.

No imaginário coletivo dessas comunidades, persistem figuras como bruxas, embruxamentos e força do vento sul como agentes etiológicos de alguns males ou estados de agitação nas crianças. São freqüentemente mencionadas por minhas vizinhas e foram registradas por Cartana (1988b), Maluf (1989b) e Cascaes (1989, 1992), entre outros.

O Campeche

Originalmente uma colônia de pescadores, isolada do centro de Florianópolis e localizada na face leste e ao sul da Ilha de Santa Catarina, o Campeche é formado pelas comunidades de Pontal – a região em frente à Ilha do Campeche –, Mato de Dentro e Campinas – próximas à igreja de São Sebastião da Praia (Dias, 1996a). A grande extensão de praia,[30] margeada por dunas, a pequena ilha fronteiriça à mesma e uma topografia marcada por morros e colinas de delicados perfis conferem-lhe uma beleza que o fazem merecedor da qualificação de *paraíso* com que alguns nativos e, sobretudo, forasteiros o agraciam. O documento mais antigo em que aparece já com esse nome é o Mapa Topográfico de Parte da Província de Santa Catarina, de 1872, que mostra a Ilha do Campeche (fronteiriça à localidade) ao lado da Ilha de Santa Catarina. O nome, provavelmente, decorre do fato de os espanhóis terem encontrado, em 1777, grande quantidade da árvore *Haematoxylon campechianunm*, ou falso pau-brasil, na Ilha de Nossa Senhora do Desterro (Junks, 1995).

Seu isolamento começou a ser rompido antes da Segunda Guerra Mundial pela presença da aviação francesa,[31] que utilizava seus descampados e a Lagoa do Peri, que lhe fica próxima, para aterrissagem de seus aviões do Correio Sul. Após o fim da guerra, quando esse contato externo se interrompeu. Aos poucos, segundo o relato de alguns moradores, o Campeche integrou-se mais e mais à vida da capital. Abriram-se estradas e estenderam-se as linhas de ônibus, que inicialmente deixavam os moradores no Saco

dos Limões e, posteriormente, no Rio Tavares, ainda com um longo trecho a percorrer a pé. Na década de 50 começaram funcionar as linhas regulares, que hoje vão até a igreja de São Sebastião da Praia, no Mato de Dentro.

Hoje em dia, o Campeche se vê *invadido*, como dizem os nativos, por forasteiros. Estes pertencem a camadas médias, em boa parte professores e intelectuais, que aqui têm a possibilidade de achar terrenos e casas ainda a preços mais baixos do que em outras praias, ou são pobres e miseráveis, expulsos do campo, que compõem uma favela, nas *Areias*. Hoje, segundo informação verbal do centro de saúde local, essa favela tem perto de 200 famílias.

Segundo os dados do Censo Demográfico do IBGE de 1991, a localidade tem 4.511 moradores, dos quais 79,8% são alfabetizados e ocupam 1.188 domicílios; à época da coleta desses dados, 89% destes eram próprios e, embora haja famílias numerosas, 85% das habitações abrigavam no máximo cinco pessoas.

Estimativa de vários dos seus próprios moradores situa em 40% a proporção de nativos entre a população local. Entretanto, Dias (1996b), que realizou pesquisa sobre o espaço no Campeche, informa verbalmente estimar em 20% a 30 % o percentual de nativos entre os moradores, o que, confrontado com minha observação, parece se aproximar mais da realidade.

Até poucos anos atrás, o Campeche era uma localidade voltada para a agricultura e para a pesca de subsistência; da primeira derivava a atividade dos engenhos de farinha de mandioca, agora residual por aqui. Hoje, segundo um de seus moradores, os nativos "são todos funcionários públicos que pescam para manter a tradição", fato corroborado pela pesquisa, na qual tive oportunidade de comprovar a elevada freqüência, entre eles, de policiais militares e outros servidores públicos, na ativa ou aposentados.

Minha própria observação como moradora mostra a persistência de um comportamento machista, tanto de homens como de mulheres, na divisão de espaços masculinos e femininos e, ainda, às vezes, infantis. Por exemplo: raramente se vêem mulheres nativas na praia,[32] e mesmo as crianças – seus filhos – vão menos lá do que os progenitores do sexo masculino. Nas dunas, crianças, principalmente os meninos, brincam com freqüência. Ali também se vêem forasteiros; mulheres e adolescentes nativas, porém, nem pensar. Se o fazem, são logo alvo de comentários. Dizer que uma adolescente *anda pelas dunas* significa dizer que ela provavelmente está tendo relações sexuais com alguém por lá, ou seja, fica logo *mal falada*.

As mulheres, normalmente, só entram na panificadora e no mercado, onde permanecem apenas o tempo necessário para as compras, não se detendo para lanches, por exemplo.

Nos bares quase não se vêem mulheres, mesmo naqueles que – como observou um colega, também antropólogo, são meio exclusivos dos *manés*. Informa uma paciente: "nunca, desde solteira, eu *nunca fui* num bar, porque eu acho feio, muito feio mesmo, uma mulher ir num bar!". As raríssimas que o fazem são, em geral, das gerações mais novas, adolescentes, que muitos apontam como ligadas às drogas, ou então são fran-

camente alcoólatras, como duas nativas bastante conhecidas da comunidade. Essas circulam ainda por todos os lugares tradicionalmente masculinos: a praia, os bares, o ponto do ônibus como local de papo etc. E são bastante discriminadas e mesmo recriminadas por isso, principalmente pelas outras mulheres.

"Homem conversa com homem, mulher com mulher, não tem?" foi a advertência recebida por mim certa vez no posto telefônico local.

O filho mais novo de uma família, de 7 anos, lamentava-se um dia por ter de lavar a louça sozinho. Quando lhe perguntaram por que ele não pedia ajuda aos irmãos mais velhos (com 15, 13 e 9 anos de idade), respondeu: "...eles não! Eles não podem fazer serviço de casa, porque eles já são homem, ora! Só eu tenho que ajudar lá em casa porque os outros já tão homem, né? Já não podem mais fazer serviço de mulher!". Os homens nativos só fazem algum trabalho doméstico, como a comida, por exemplo, quando estão de folga e a mulher fora, por causa do emprego ou por alguma razão mais relevante, como a necessidade de acompanhar alguém ao médico. Eventualmente ajudam a fazer churrasco ou preparar um peixe no barraco na praia, considerados serviços de homem. As mulheres não manejam a churrasqueira nem vão ao barraco de pesca; a elas compete apenas o fogão de casa.

Observei algumas festas exclusivamente masculinas nas quais a mulher do dono da casa aparece apenas para servir à mesa; no resto do tempo, ela fica no interior de sua casa.

Alguns fatos presenciados na localidade, como uma querela entre duas mulheres, ilustram bem a submissão das mulheres a seus companheiros: duas vizinhas, uma nativa do Campeche e a outra do centro da ilha, discutem por um motivo qualquer e ficam sem se falar alguns dias, após o que a nativa daqui foi se desculpar com o marido da outra, e não com a mulher com quem havia brigado.

É corriqueiro que a mulher tenha de pedir autorização para sair de casa, até mesmo para ir à casa de sua própria mãe, o que, às vezes, é negado sem qualquer justificativa, e a negativa é acolhida e obedecida pela mulher sem nenhum protesto.

Embora seja comum que o marido entregue o seu salário para a mulher, para que ela efetue os gastos da casa, ela não compra coisa alguma além do imprescindível à casa e aos filhos, nem roupas íntimas para si ou para suas filhas, sem *pedir* para o marido. Quer dizer, a ela é repassado o dinheiro, mas não o direito de administrá-lo. Uma das pacientes, contrastando sua vida com a das outras mulheres e com a sua própria antes de adoecer, diz:

> *Minha cunhada tem inveja de mim, porque que eu, hoje em dia, tenho um pai-marido, que me deixa fazer tudo que eu quero: se eu quero comprar uma coisa, eu compro, não preciso pedir para ele; a minha cunhada não, se ela quer comprar uma coisa, ela não pode, ela tem que perguntar pro marido primeiro se pode; se ele disser não, ela não compra, nem que seja uma coisa de precisão para ela ou para os filhos, pra casa, pra tudo, né? Eu não, não preciso pedir nada, faço o que quero; até sair, se eu quero sair eu saio, depois só conto para ele aonde eu fui.* (Paciente)

No Campeche, assim como em algumas outras comunidades da ilha, persistem algumas atividades tradicionais, como o trabalho nos engenhos de farinha de mandioca, como a renda de bilro, como o crivo. Tive oportunidade de participar de uma feitura de farinha, num engenho pertencente a uma família nativa daqui. Há funções claramente definidas para os homens e para as mulheres: eles arrancam a mandioca na plantação, carregam os cestos pesados; as mulheres e as crianças (especialmente as meninas) raspam a casca da mandioca; o ralador mecânico é acionado pelos homens, que também providenciam a lenha e o fogo para o forno, embora torrar a farinha e fazer os beijus seja tarefa feminina e, como me explicaram, compete em geral às mais velhas, porque demanda experiência e muita paciência.

Encontrei, entre as nativas, algumas rendeiras e bordadeiras de crivo, todas com mais de 40 anos, que contaram, desanimadas:

> *As novas já não querem saber disso, não acham mais que uma mulher precise saber essas coisas. No meu tempo, não: uma moça, mesmo que tivesse que fazer serviço pesado, tinha obrigação de aprender o que uma mulher precisa aprender. Vamos supor: aprender a costurar, fazer uma renda, certas coisas que a mulher precisa aprender.* (Paciente)

Há na localidade duas igrejas: uma católica, de São Sebastião, que data do século XVIII, ao lado da qual fica o cemitério local; e outra, bem recente, batista. A primeira detém ainda o maior número de adeptos e realiza duas grandes festas por ano: uma em janeiro, em homenagem a seu padroeiro, e outra em junho, dedicada ao Divino Espírito Santo. Ambas mobilizam a comunidade e se constituem em momentos de grande congraçamento, a começar pelos preparativos.

O casamento e a família, legalmente organizada, são ainda muito valorizados, havendo códigos visíveis que se aplicam aos nativos, percebendo-se que aos forasteiros é justificada a transgressão de algumas regras. Uma informante, comentando o caso de uma mulher que tivera um caso com um homem casado, disse:[33]

> *Ficou muito feio porque ela é daqui; se fosse de fora, tudo bem, a gente até entendia, né? Mas não, ela era daqui mesmo, não podia fazer uma coisas dessas... Ela que fosse para os bailes, tudo bem, está separada mesmo, que fosse para os bailão, mas fosse lá pro Saco dos Limões ou no centro, aqui não!*

Pais ainda continuam dispostos a expulsar de casa as filhas, caso engravidem fora do casamento, e a controlar o namoro delas. As mães são mais condescendentes e parecem aceitar melhor as mudanças de costumes:

> *O meu marido ainda é assim daqueles tempo de não vai, não quero, é o que eu quero e não o que tu queres, então eu acho que não deve sê assim. Eu digo para ele: deixa, home, deixa. Tu vê o que nós tamos passando co'as nossa filha, as nossas mãe também passaram, então eu digo: não vai deixar a céu aberto, a liberdade, mas se ela tem um namoradinho, deixa, vamos vê se vai dá certo, mas ele não... Se ele olha pra cara do rapaz, se já não vai com ele, ele não... Aí essa minha mais velha fugiu de tanto ele negar, que não, que não, então ela foi morar com o rapaz.* (Paciente)

> *O pai não aceitava filha solteira grávida... Porque o cara enrolou muito ela... Então ela fez greve de fome, se trancava no quarto, no começo ela escondeu que tava assim, mas eu logo percebi (...) O pai quis pôr ela para fora de casa, eu não deixei, onde já se viu filha minha amargando na rua?* (Mãe de uma paciente)

Até mesmo o processo de construção urbana permite ver certas características derivadas da organização familiar, pois o parentesco parece ser um princípio organizador aqui no Campeche: os filhos vão se casando e construindo suas casas à volta da casa paterna, ocupando os espaços antes destinados à agricultura de subsistência. Tanto quanto pude observar, são os filhos homens que mais constroem no terreno familiar. Com a proliferação das construções, as ruas vão se abrindo para dar passagem aos novos moradores, o que é feito por meio de *servidões de passagem*, a maioria verdadeiros becos sem saída, ruelas estreitas que vão transformando o Campeche num mal desenhado labirinto.

Avanços e Recuos: estratégias em campo

Apresentadas as particularidades de campo como experiência pessoal e profissional, passo às estratégias metodológicas propriamente ditas, o que exige a explicitação dos objetivos da pesquisa. O principal era conhecer as representações locais de *nervos* e de *nervoso*. A ele seguiam-se objetivos mais específicos: identificar casos de *nervos* ou de *nervoso* entre os moradores do Campeche; entender a causalidade sociocultural envolvida na construção de *nervos*; verificar, da perspectiva dos *doentes*, como tem sido o atendimento médico para os casos de *nervos* no centro de saúde da localidade.

Realizei, na fase preliminar ao projeto, uma pré-pesquisa, conversando com minha vizinhança sobre o tema. Percorri algumas localidades nas quais presumivelmente havia predominância da população nativa da ilha, e em dois centros de saúde entrevistei informalmente os médicos que ali trabalhavam. As informações, em certa medida díspares, mostraram logo o óbvio: diferenças de sensibilidade entre um e outro para problemas considerados *não médicos*, como é o caso do *nervoso*, freqüentemente encarados pelos profissionais como de menor importância.

Resumindo as principais informações colhidas, então, começo com as daquele que demonstrou uma preocupação com esse tipo de problema: ele foi logo me perguntando se eu sabia o que é *nervo* no vocabulário ilhéu tradicional. Explicou que o termo, além de se referir aos *nervos* propriamente ditos (ou seja, ao uso apropriado do ponto de vista anatomofisiológico) e aos estados de *nervosismo* em geral, indica também o órgão sexual masculino. Disse que, na sua estimativa pessoal – e invocou o fato de haver trabalhado em muitos centros de saúde por toda a ilha –, um terço de todas as consultas se dá por problemas de *nervos*, sejam eles a causa direta ou indireta da procura de atenção. E que a proporção de mulheres acima dos 35 anos que ingerem calmantes, do tipo benzodiazepínico, gira em torno de 25% delas.

Ele fala da *pensão* (preocupação) de que as mulheres, freqüentemente, se queixam e que estaria na origem do *nervo*. Classifica-a como uma categoria de preocupações tipicamente açoriana, que teria se originado, no seu entendimento, da apreensão com os companheiros embarcados e da sua longa permanência no mar (o que já não é mais tão freqüente hoje em dia), e que, ao longo do tempo, se firmou como uma forma de expressar as preocupações cotidianas que dizem respeito à relação conjugal.

Destaca, ainda, o fato de ser um problema das mulheres, pois os homens, no mesmo ambiente e vivendo a situação complementar, não experimentam *pensão* alguma.

Outro médico entrevistado, embora tido como um estudioso da cultura local, não revelou muita preocupação com o tema. Disse que, em sua estimativa, o *nervoso* não chegaria a 10% da demanda de consultas em geral, na área de atuação do centro de saúde onde trabalha, e que estaria diretamente ligado a pessoas velhas, notadamente mulheres, com problemas médicos mais graves: diabetes, hipertensão arterial, cardiopatias, câncer. As – segundo ele – raras ocorrências entre mulheres mais jovens estariam correlacionadas ao fato de estas trabalharem fora. Também disse que, entre as pessoas mais velhas, observa-se um aumento do *nervoso* provocado pela constante presença das doenças *novas* na mídia televisiva – Aids, viroses misteriosas e fatais como o ebola, ou novas formas de câncer – e que entre os mais jovens isso não motiva preocupação.

Notei ambigüidade em sua fala mediante uma contradição: disse inicialmente que sua estimativa do percentual de casos se aproximava de 10%; porém, ao final da conversa, insistiu que eu fosse verificar outras localidades, pois ali "ele só tinha 2 ou 3 casos", e não se pode pensar que um centro de saúde tenha apenas 20 ou 30 pacientes cadastrados no total de seus atendimentos.

Percebi que, na verdade, havia ou uma falta de sensibilidade para o problema, ou um desejo de que a pesquisa não se efetivasse por ali. Outra afirmação sua, categórica e contraditória, foi sobre a prescrição médica, pois criticou os seus colegas médicos por prescreverem calmantes demais, e, ao mesmo tempo, informou receitar um produto considerado *não ético*[34] em seu lugar, mas que, segundo ele, faria menos mal do que os outros. Ou seja, adotava a mesma postura medicalizante para o problema.

Ao sul da ilha, em outra localidade, conversei com um morador antigo, que conhece todos os outros moradores e sabe tanto de seus costumes quanto de seus achaques. Recebeu-me com muita simpatia e curiosidade, logo querendo saber o tema da pesquisa. Cedendo a suas interrogações, disse-lhe que era sobre o *nervoso das mulheres* e ele, desconsiderando totalmente a segunda parte da informação, já foi me atalhando e dizendo: "ah, muito bom! Eu mesmo tenho um filho, o mais velho, que sofre do nervoso e tem um amigo meu que também o filho é nervoso".

Sugeriu outras pessoas com quem eu deveria falar, entre elas a própria esposa, que, ao ser informada dos meus propósitos, foi falando logo sobre seu próprio nervoso:

> *Fico com nelvo, que não consigo falar, quando me incomodo, é só deitar que parece que ele está lá, guardado embaixo do travesseiro. É por causa dele* [aponta o marido e acrescenta, baixinho], *da bebida dele que fico assim.*

Segue-se uma pequena altercação entre eles, interrompida porque a mim e, certamente, à senhora também, constrange a presença de outras pessoas. Mas, antes da interrupção, sou brindada com uma etiologia para o *nervoso* do filho mais velho, dada pelo pai:

> *Ele se criou com leite de cabra, sabes? E os mais velhos, meu pai, meu avô, diziam que dar leite de cabra para criança não prestava, que deixava nervoso, mas a gente não quis ouvir, agora taí, brabo, nervoso. O que fazer, né?*

No Campeche, uma nativa afirmou:

> *É problemas das mulheres mais velhas, como a minha mãe, agora ela já não tem mais, está velha, né? Já não tem mais preocupação com o meu pai, ele já se acomodou, sabes? Coisa de mulher, bebida e tal. Hoje em dia os homens já não são brutos com as mulheres. Eu, felizmente, não tenho esse problema.* (Informante)

Foi esse o diálogo que me lembrou das advertências de Malinowski (1978) sobre a diferença entre o que as pessoas dizem e o que fazem, porque eu mesma já observara a informante em plena *crise nervosa*, causada pela suposição da infidelidade de seu marido.

Tal episódio firmou também minha inclinação para desenvolver o trabalho de campo no Campeche. O fato de ser o local de minha moradia à época da pesquisa me favorecia na validação das informações colhidas, por permitir o cruzamento entre várias fontes, a observação direta e a correspondência entre o que as pessoas me diziam e o que faziam. A informante citou ainda alguns casos conhecidos e atuais de *nervo*, tratando-o como um problema das mulheres, ligado à vida conjugal e, nesta, em particular à sexualidade, e que o *nervoso* seria comum a ambos os sexos e não estaria relacionado à vida sexual. Algo como: a falta do *nervo* (da relação sexual satisfatória, reduzida à menção metonímica do pênis, é que dá o *nervo* na mulher; *o nervoso, esse qualquer um pode ter.*

À medida que conversei com outras mulheres e homens, a relevância do tema foi se firmando. E mais: as conversas com os moradores foram mostrando que eles mesmos achavam bom que se estudasse *nervos* aqui, principalmente porque vinham enfrentando problemas no atendimento dos casos no centro de saúde local e nos outros serviços de assistência médica da cidade.

As informações dadas por conhecidos meus, moradores permanentes do bairro, corroboradas pelas de funcionários do centro de saúde e pelas do dono da farmácia local, logo me apontaram 11 mulheres bem conhecidas na comunidade como *nervosas*, ou melhor, como casos atuais de *nervos*, ao passo que a enquete me havia mostrado apenas duas delas: um caso atual e outro, de uma que havia sofrido dos *nervos* e hoje não sofre mais.

As mesmas fontes apontaram, insistentemente, apenas três homens como sofredores dos *nervos*: um alcoolista e, ao que parece, psicótico, com várias passagens pela colônia[35] e , na opinião dos meus informantes, impossível de ser entrevistado; o

segundo, um policial sofredor de psicose maníaco-depressiva, com história de várias internações psiquiátricas e uma tentativa de suicídio (entrevistado uma vez); e o terceiro, que parece ser um caso que se aproxima mais das características dos casos femininos, com quem conversei apenas uma vez, rapidamente, na praia, e sobre quem obtive mais algumas informações por meio de uma cunhada sua.

Ainda me informaram que há aqueles que são *nervosos mas* não sofrem dos *nervos*, ou seja, são de caráter mais agressivo, ficam bravos por qualquer coisa, mas não demandam tratamento. É comum a opinião de que essas características são apropriadas para eles, o mesmo não ocorrendo com as mulheres, de quem se espera um comportamento mais dócil e cordato, sem grandes explosões.

A literatura antropológica e psiquiátrica registra várias tentativas de definir critérios diagnósticos para *nervos* e, principalmente – no caso da última – fazer o diagnóstico diferencial entre *nervos* e as doenças psiquiátricas propriamente ditas (e. g. Oquendo et al., 1992b). A listagem de sinais e sintomas associados ao *nervos*o que apresento no Anexo 3 é resultado de minha própria experiência clínica: um produto biomédico, portanto, mas que coincide com as várias descrições encontradas na imprensa.

Dos sintomas, importa ressaltar a possibilidade quase inesgotável de associações possíveis, o que lhes confere um caráter caleidoscópico e, por vezes, de difícil abordagem diagnóstica. Justifica-se, portanto, a preocupação presente nas referências bibliográficas com esse item e compreendem-se as dificuldades de natureza mais técnica enfrentadas pelos médicos, além daquelas decorrentes da necessidade de tratar de fatos sociais e das esferas do afeto, áreas para as quais, em geral, são muito mal preparados.

Tendo sempre presentes as dificuldades clínicas do diagnóstico e optando pela descoberta de casos por meio de redes sociais,[36] fiquei, de certa forma, livre desse embaraço. A condição para inclusão como caso foi ser a pessoa reconhecida na comunidade como alguém que *sofre dos nervos*, critério que se mostrou tão variável quanto os apontados na literatura e observados na minha experiência. Assim, vi desde casos que, do ponto de vista médico, eu poderia tranqüilamente catalogar como uma depressão clinicamente definida até aqueles que seriam dados como conversão histérica, passando por quadros mais ou menos intensos entre estes pólos.

Na busca de validar as informações obtidas em campo, realizei ainda duas entrevistas coletivas em reuniões do Grupo de Mulheres do Campeche,[37] solicitando às presentes que falassem sobre os *nervos,* de forma impessoal, sem citar casos específicos. Mas, qual o quê! A conversa foi monopolizada por três delas, que relataram ter sido *nervosas* e logo quiseram contar como foram os seus padecimentos. Assim, a entrevista que eu pretendia conduzir de uma forma acabou de outra, por imposição do próprio grupo. Mas não se perdeu de todo o propósito inicial: a conversa em meio a elas permitiu que todas as presentes interferissem e corroborassem tanto as entrevistas do momento como os conceitos que eu trazia das narrativas anteriores. Só que demandou mais tempo do que eu previra e me obrigou a ouvir mais histórias de *nervos,* numa fase

em que eu já estava ficando meio saturada delas, provavelmente por me provocarem emocionalmente de uma maneira muito intensa, e menos por uma certa repetição que casos de mesma natureza trazem implicitamente em seu desenvolvimento.

O registro de todas as entrevistas foi feito mediante anotações ou gravações consentidas pelas pacientes, ou, em um caso, por apontamentos após a conversa, porque o constrangimento da entrevistada era tão evidente que a prudência desaconselhou outro recurso.

Conversas informais e observações casuais da vida do bairro também foram registradas por escrito, logo após terem acontecido, o que se deu em todos os momentos possíveis: conversas de vizinhança, festas e visitas sociais, compras, consultas médicas, participação em atividades coletivas, como a feitura de farinha ou reuniões numa escola local e no Grupo de Mulheres, ocasiões em que sempre procurei me entrosar ao máximo e participar na qualidade de moradora local.

As entrevistas foram feitas na casa das pacientes. Porém, duas delas quiseram vir à minha casa, onde ficariam mais à vontade para falar. Outra sequer se importou em ser entrevistada no local de trabalho.

Nessa fase, ficou evidente um processo de sedução, que comportou aproximações e recuos, que eu chamo de estratégicos:[38] agendas descumpridas pelas pacientes, novas marcações, esperas, buscas, afastamentos, abordagens indiretas...

Quanto à minha identidade, percebia que nesse ínterim havia uma busca de confirmação (por aquelas que ainda não me conheciam) dos vários papéis que me credenciariam: era mesmo médica? Mas como, se *não trabalhava* em nenhum hospital, centro de saúde etc.? Quem eu já havia tratado? Tivera sucesso no tratamento? Era mesmo inquilina e amiga de quem eu dizia ser? Afinal, era ou não uma *especialista em nervos*? Se não, por que estava interessada nisso? Perguntas cujas respostas nem sempre eram plenamente satisfeitas, mas que foram atendidas de alguma forma e, aos poucos, abriram as portas para a pesquisadora.

Interessante, porém, que todas, mesmo as que vacilaram muitas vezes em dar a entrevista, começavam com preâmbulos mais ou menos assim: "é... eu sofro muito, mas nem sei o que dizer... não gosto de ficar falando sobre isso... vá perguntando que eu respondo, senão nem sei o que dizer... não tenho o que falar disso..." Uma pequena provocação, do tipo: "fale da última crise...", ou "conte da primeira vez que você teve problemas...", e então tornava-se difícil interromper a entrevista ou fazer alguma pergunta.

A entrevista, que em alguns casos foi repetida mais de uma vez, não obedeceu um roteiro fixo, pois, tratando-se de assunto estreitamente ligado à intimidade das pacientes e suas famílias, fazia-se necessário primeiro ganhar-lhes a confiança e, segundo, deixar fluir o assunto, pois as interferências, embora por vezes necessárias, inibiam mais do que ajudavam. Assim, elas eram apenas provocadas a falar sobre o problema dos *nervos*. Nos casos (a grande maioria) em que os depoimentos não se iniciaram espontaneamente, com as pacientes se mostrando reticentes, pedi-lhes que o

fizessem começando pelo relato da última crise, e depois estimulei-as a contar da primeira e a opinar sobre a causalidade. Como era de se esperar nessa forma de conduzir a entrevista, as narrativas foram prolixas e nunca se ativeram ao plano que se poderia dizer *médico* do relato. Ao contrário, envolveram todos os aspectos da vida das pacientes, atendendo assim à expectativa da pesquisa, que era a de levantar um perfil patobiográfico dos casos.

A Narrativa como Instrumento de Coleta de Informações

Ao provocar narrativas de doenças, pretendi obter por meio delas o que Chiozza (1987a) chama de *perfil patobiográfico*, um relato de natureza clínica, sociocultural e, em certa medida (por ser inevitável), psicológica.

O estudo patobiográfico coincide, por um lado, com a biomedicina, por abordar clinicamente o caso (sinais, sintomas e evolução da doença, tomado como um processo que deriva de uma causa), e, por outro, por constituir um estudo *biográfico*, ou seja, fazer um levantamento dos episódios e dos acontecimentos da vida, considerando-os como cenas ou temáticas cujo significado também possui um sentido no conjunto integrado da vida. Essa abordagem considera que a história é mais do que uma coleção de fatos cronologicamente ordenados, por ser o entrelaçamento desses fatos e de seus significados, tanto os que os motivam quanto os produzidos posteriormente a eles (Chiozza, 1987b).

Como a história é a narrativa de um drama (do entrelaçar dos fatos), a superposição das histórias de alguém pode revelar o que as pessoas *calam com os lábios*,[39] quer dizer, o drama vital específico de cada pessoa, o *roteiro cinematográfico* individual. Dessa forma, atua-se no que Chiozza chama de *terreno histórico-lingüístico,* o que equivale a dizer que a doença, a exemplo de outros fatos da vida individual, só ganha relevância no seu próprio contexto social, no qual se fazem as histórias e se vivencia a experiência da linguagem.

Tal compreensão se encontra também em outros autores, especialmente quando falam de *nervos*, como é o caso de Guarnaccia et al. (1981), que acentuam o fato de, no fluxo da narrativa, ao relatar suas histórias, as pessoas criarem a rede simbólica com a qual conectam o significado de *nervos* com a fisiologia na cultura (no caso, latina). Assim, focalizando a história que o circunda e não apenas os seus sintomas, é possível chegar ao centro do significado do *ataque de nervos*.

A narrativa é um recurso metodológico valioso para se apreender as questões relativas à constituição da subjetividade, e funciona muito bem como uma técnica apropriada ao estudo do *nervoso*, como já assinalaram Rabelo & Alves (1995b). Esses autores, em vários trabalhos individuais ou em co-autoria, analisaram o papel do discurso sobre a doença mental e, em particular, sobre os *nervos*; a construção da identidade do *self* (eu) por meio das narrativas. Mostram que o processo de reconstruir a experiência individual de aflição não se dá apenas por associação mecânica entre signos e sinais

da doença, segundo modelos culturais internalizados, mas que o doente, ao narrar seu sofrimento, transforma-se em personagem, fala por meio de outros autorizados, defende um argumento, negocia responsabilidades, define identidades e pleiteia direito a determinado tratamento.

No esforço de perceber como as *nervosas* tentam explicar o seu problema para si mesmas e para os outros, tentei ler o discurso da doença contido nas narrativas, feitas por elas mesmas e por circunstantes (familiares ou vizinhos) das suas crises *de nervos*, não apenas como relato de sintomas mas, principalmente, como uma comunicação coerente que elas faziam sobre si mesmas e sobre suas relações. Pois o *nervoso*, para ser bem entendido, deve ser tomado como parte de uma dialética da consciência entre a *nervosa* e o seu tempo, suas relações, seu meio social; fora disso, ele não faz sentido.

Notas

1 A Hipócrates, médico grego que viveu em 330 a. C., é atribuída a paternidade da medicina ocidental dita científica, porque teria sido ele o responsável pela sistematização do conhecimento médico da época e por uma teoria que considerava como causa da doença a alteração dos humores orgânicos. Hipócrates teria também livrado a medicina das crenças religiosas e mágicas, remetendo-as para o campo da religião. Porém, nesse seu afã, não propôs explicação para o quadro da manifestação mais tarde chamada de histeria que não fosse a rendição à misteriosa alma *animal*, habitante do baixo-ventre e poderosa propulsora de comportamentos bizarros.

2 Tal como Darcy Ribeiro, fico incomodada com aspas e prefiro fazer os destaques no texto com caracteres em itálico (cf. Darcy Ribeiro, *Ensaios Insólitos*, 1979).

3 Mais adiante faço uma breve revisão histórica do assunto; no mesmo capítulo mostro que estresse é um termo de significado muito vago, aplicado hoje a um sem-número de situações, médicas ou não, entre as quais os *nervos*.

4 Entendo cultura como uma dimensão social, não natural, decorrente de um processo histórico e, por isso, dinâmica. Diz respeito a um produto coletivo que reflete a realidade de um grupo, a maneira como ele concebe e organiza a vida social, os conhecimentos, as idéias e as crenças que acumula. Essa forma de conceituar a cultura inclui, portanto, o campo simbólico, e comporta a noção de culturas nacionais e a de culturas dentro de uma cultura.

5 No Anexo 1 apresento um pequeno glossário. No Anexo 3 apresento um rol de sinais e sintomas comumente ligados as *nervos*; a relação é resultante de minha experiência clínica e dos relatos das pacientes entrevistadas para este trabalho.

6 Refiro-me à apresentação verbal feita por ela na avaliação de *Fazendo Gênero na UFSC: um encontro interdisciplinar,* Florianópolis, maio de 1996.

7 Biomedicina, medicina ocidental, científica, alopatia são alguns dos termos com que se tem denominado a prática médica hegemônica em nosso meio. Prefiro biomedicina, concordando com a proposição de Kleinman (1983), que leva em conta o foco primário de atenção desta medicina na biologia humana, mais especificamente, como ele próprio enfatiza, na fisiologia e na patofisiologia.

8 Não desconsidero, entretanto, os esforços holísticos, mais recentes, de (re)promover a união corpo/mente, cujo divórcio a medicina tanto insistiu em manter e mesmo ampliar, desde que Descartes formulou sua famosa proposição da dicotomia entre esses campos.

9 Êmico = perspectiva interna, de dentro do grupo estudado (cf. Scrimshaw & Hurtado, s.d.:8).

10 Não havia intenção de atuar no plano clínico; porém, vez ou outra foi necessário fazê-lo, pois para uma médica é difícil deixar de intervir, uma vez que a profissão é, por definição, intervencionista, e o fato de estar fazendo uma pesquisa de campo não excluía essa característica, especialmente na perspectiva das pacientes.

11 Individual, neste trabalho, será tomado, tal como no âmbito da medicina, para designar fatos relativos a um único sujeito, em contraposição ao plano coletivo, que, em geral, se refere apenas à somatória, ao acúmulo de casos, e não às relações implicadas neste plano.

12 Enfatizo que tais vias de interpretação parecem apropriadas para o contexto estudado. Souza, Duarte, Scheper-Hughes, Rozemberg, para falar apenas de abordagens dos *nervos* no Brasil, mostram que a polifonia e a polissemia desse fenômeno têm especificidades ligadas ao grupo social e, neste, a outras condições, como gênero ou ocupação profissional.

13 Drama social diz respeito aos acontecimentos da vida social, vivenciados de forma dramática tanto pelo indivíduo quanto por seu grupo, aos conflitos diários e sua negociação, que podem vir a ser expressos de várias formas, uma das quais pode ser através da doença ou de sintomas.

14 As citações de referências bibliográficas cujo original encontra-se em inglês ou em francês, como neste caso, foram traduzidas livremente por mim.

15 Para uma visão histórica do desenvolvimento desse campo, ver Langdon (1994:3-11).

16 Tomo de empréstimo a Grimberg o conceito de representações sociais como processos inter-relacionados de percepção, categorização e atribuição de sentido a alguma coisa. Parece-me que ele sintetiza, ou melhor, simplifica para não iniciados as definições clássicas dos cientistas sociais.

17 Baseando-me em Berger (1985), entendo construção social como a interferência dos fenômenos sociais sobre a objetivação dos processos e significações subjetivas graças às quais é construído o mundo intersubjetivo do senso comum.

18 Pensando saúde como processo, não deveria ser tão categórica dizendo *sadio* ou *doente*, mas utilizo esses termos apenas como um recurso de retórica.

19 Por medicalização entendo a aplicação exaustiva de recursos da prática médica, envolvendo procedimentos diagnósticos e terapêuticos, especialmente o uso de medicamentos, que nem sempre se justificam, dada a natureza do problema que é trazido ao médico. É o que acontece no caso dos *nervos*, em que um sofrimento de natureza psicossocial, definido dentro de parâmetros culturais, é tratado cronicamente com drogas de ação psicotrópica e efeitos deletérios, num indiscutível processo de iatrogenia, como este trabalho demonstra.

20 Exerci atividades como médica, clínica geral e como sanitarista, em Curitiba, PR, de 1980 a 1994, em vários serviços e em consultório particular. O problema dos *nervos* era trazido à consulta com freqüência.

21 Um grupo de moradores, os zeladores da bandeira do Divino, visita as casas levantando fundos para realizar a festa anual. Saem paramentados com opas vermelhas e brancas, carregando a bandeira vermelha, encimada por uma pomba de prata e um recipiente, também de prata, finamente ornamentado: a coroa do Divino, para receber os donativos.

22 Impossível não lembrar de Mauss e do seu ensaio sobre a dádiva.

23 Clínica é entendida aqui como a prática médica de examinar um paciente, estabelecer um diagnóstico e um prognóstico e prescrever um tratamento ou, ao menos, opinar sobre uma conduta já definida por outro médico.

24 Refiro-me aqui à utilização de questionários e enquetes quantitativas, tão comuns na pesquisa epidemiológica.

25 Esse problema já havia sido apontado pela professora Esther Jean Langdon, orientadora deste estudo, e pela professora Míriam Pillar Grossi, na apresentação do projeto à banca de qualificação, quando ambas insistiram que partir de redes seria provavelmente mais adequado. A responsabilidade de insistir na enquete foi, portanto, minha.

26 O Anexo 5 traz a transcrição da narrativa de uma paciente que ilustra bem esse tipo de diálogo, no qual um fala uma coisa e o outro não ouve o que foi dito, mas sim outra coisa, como se fossem dois surdos que tentassem em vão conversar.

27 Referência ao Diazepam® (Laboratórios Cristália, Vital Brasil, e Novaquímica), um dos ansiolíticos benzodiazepínicos de uso mais comum entre as *nervos*as.

28 Mané da Ilha, denominação atribuída aos nativos da ilha àquele que conhece os códigos e modos do lugar, que conhece principalmente a fala daqui (cf. Rial, 1994:15).

29 É freqüente nas conversas com nativos que eles se refiram à chegada desses migrantes como uma invasão da ilha.

30 A Prefeitura Municipal informa, em uma placa à sua chegada, que a praia tem 5,8 km de extensão.

31 Esse fato histórico acrescenta ao imaginário local a probabilidade controversa de que o escritor francês Saint-Exupéry, à época piloto de aviões, tenha feito pousos e paragens na localidade, havendo mesmo nativos que se dedicam à preservação de sua memória. Essa também é a justificativa para que a principal via de acesso ao Campeche tenha recebido a denominação de *Pequeno Príncipe*, título da obra mais

famosa do autor. Mas os franceses voadores ensejaram outras possibilidades oníricas para os moradores: recentemente, uma escola de samba relembrou um desses casos num samba-enredo no qual se conta a história de Zé Maia, que, à moda de Ícaro, construiu asas e tentou voar (Anexo 6).

32 O que reforça a divisão dos espaços masculinos e femininos ligados ao trabalho, pois, para o nativo, a praia é espaço de trabalho.

33 Junks, a propósito de uma mulher que na década de 40 voou com os franceses, coisa à época reservada aos homens no entendimento nativo, num caso ilustrativo dessa aplicação discriminatória dos códigos locais, comenta: "A esposa de Ville, por sua vez, *não é motivo para comentários no local porque é de outro grupo cultural*, pouco conhecido. Diferente de Maria, *que possui identidade local, que logo é chamada de louca, pois deveria responder aos códigos normalizadores de sua comunidade*, que seria a sua identidade generalizadora" (Junks, 1995: 85). (grifos meus)

34 Os médicos utilizam o termo *ético* para se referir a medicamentos cujo uso está condicionado à prescrição médica e cuja venda não é livre, diferindo daqueles de venda livre nas farmácias ou até em outros estabelecimentos, como é o caso do produto recomendado por ele, Maracujina®.

35 Colônia Santana, um hospital psiquiátrico da região.

36 Por rede social entendo as pessoas ou instituições com as quais o indivíduo interage e nas quais encontra apoio.

37 O Grupo de Mulheres é uma organização que se reúne semanalmente, congregando mulheres de várias idades, para troca de experiências e de informações e a realização de trabalhos manuais, cuja venda redunda em recursos para atividades sociais do grupo, tais como passeios.

38 Estratégia tanto para mim, que não queria forçá-las, quanto para as pacientes, que completavam a checagem a meu respeito ou passavam ainda pelo processo de sedução, simplesmente.

39 Utilizo aqui a expressão encontrada no trabalho de Chiozza, anteriormente citado, que ele usa ao se referir aos fatos de sua história pessoal que os pacientes não informam diretamente, e sim através da história de seu sofrimento. Porém, é interessante assinalar que vez ou outra as pacientes usavam expressões semelhantes: "há coisas que a gente cala, daí a doença parece que fala o que a gente não acha jeito de dizer...", ou: "a doença [dos *nervos*] às vezes tira a voz da pessoa, mas ela também faz falar, mesmo que a pessoa fique que nem muda".

2

As Nervosas do Campeche e suas Queixas

Propositadamente, privilegiei como ponto de observação a perspectiva do sofredor, razão pela qual utilizo o termo *paciente* para os sofredores dos *nervos*, enfatizando-os como *sujeitos* do sofrimento, e reservo *informante*[1] para as outras pessoas da comunidade que colaboraram com a pesquisa.

Entrevistei 13 mulheres, de idades variadas e de histórias diversas, reunidas sob um rótulo comum: *nervosa*. A condição para inclusão no grupo era a mulher ser reconhecida por si e pela comunidade como *sofredora de nervos*. Dessas, dez foram entrevistadas individualmente, uma ou até cinco vezes, dependendo de sua disponibilidade, e uma delas me brindou com um texto que responde a algumas perguntas sobre a natureza do seu sofrimento. Outras três encontrei uma única vez, numa reunião do Grupo de Mulheres do Campeche, e a conversa sobre *nervos*, embora feita com uma de cada vez, deu-se no meio das outras participantes e com freqüentes intervenções destas. Eram casos de mulheres que já haviam sofrido dos *nervos*, mas haviam melhorado após a menopausa (um caso) ou após a separação do marido (dois casos).

Entre as dez primeiras, entrevistadas individualmente, havia sete casos em curso e três que informaram ter sofrido dos *nervos* uma vez e haver sarado.

A idade das mulheres, à época da entrevista, variava de 25 a 56 anos. O aparecimento do problema de *nervos* de uma se deu aos 12 anos de idade; para outra, aos 14; para uma terceira, aos 20 (as três eram solteiras ao tempo desse episódio). Todas as outras iniciaram seus problemas com mais de 20 anos e já casadas, algumas após a menopausa. Do conjunto, a mais nova e a mais velha eram solteiras, nunca se haviam casado ou tido filhos. Entre as demais, nove eram casadas ou amasiadas (uma das quais se casou novamente após uma viuvez) e duas eram desquitadas.

Não observei correlação entre o número ou a idade dos filhos e o surgimento de sintomas. As duas solteiras (uma de 23 e a outra de 51 anos) não os tinham; quanto às outras, tinham de 1 a 6 filhos, cujas idades variavam de 4 a 40 anos (daí se depreende que alguns nasceram de mães adolescentes). A continuidade da pesquisa revelou que, por aqui, o casamento para elas se deu – tal como entre as suas mães – a partir dos 15 anos; os pais, ainda hoje, forçam para que isso aconteça o mais cedo possível, tão logo as meninas ultrapassem a puberdade.

Todas residiam em casa própria, cujas condições de conforto variavam, mas tinham luz elétrica e os equipamentos sanitários essenciais (água encanada e instalações sanitárias mínimas, em boas condições). Entre elas, sete não trabalhavam fora de casa, duas eventualmente tinham emprego ou trabalho, três tinham emprego fixo e uma era professora de primeiro grau, aposentada. À exceção de uma delas, cujo marido era pedreiro e alternava períodos de emprego, com bom salário, a outros, às vezes longos, de desemprego, durante os quais quem *se vira* é ela, e de outra, cuja família era a mais numerosa e o marido, aparentemente, alcoolista, as outras não passavam por grandes problemas financeiros. Não se pode, portanto, ligar fortemente o quadro clínico a condições materiais de vida, embora nem sempre a percepção das pacientes a respeito coincidisse com a da pesquisadora.

Todas as entrevistadas relataram o *problema de nervos* como vivenciado por elas mesmas. A esse relato, vez ou outra acrescentavam informações ou faziam comparações com outros casos, em geral de parentes seus, que também sofriam de *nervos*. À exceção de três delas, todas as outras experimentavam a doença como crônica, estigmatizante, mas que não as incapacita. O estigma advém da desqualificação pela qual passam, uma vez que as crises são visíveis, levando-as ao descrédito ou, ao menos, dando aos outros o direito de duvidarem de si, como elas próprias reconhecem: "claro, né? Quem é que pode saber se amanhã eu vou ter cabeça boa para fazer uma coisa assim que exija mais?" (Paciente).

Quanto à duração dos casos, uns se arrastam por mais de 20, 30 anos, um por nove anos, outros duraram alguns meses. Tanto os mais longos quanto os mais rápidos se caracterizaram por se darem em crises recidivantes, às vezes com variações completas na sintomatologia e nem sempre facilmente associáveis a outros episódios críticos em suas vidas, de forma que pudessem ser a eles atribuídos. Como disseram as pacientes,

> *Passei muito trabalho na vida, agora que sosseguei apareceu a doença. Se fosse de trabalho... mas às vezes estou assim num baile, numa festa, está tudo calmo, era para estar tudo alegre, aí não sei o que é, parece que a gente relaxa e aí dá a crise...* (Paciente)
>
> *Na terceira gravidez é que eu tive a crise, e isso é que eu não entendo, não sei se a senhora podia me explicar, por que quando tudo aconteceu* [o marido ter amantes, beber muito e desperdiçar o seu salário], *tudo tava na pior eu não tive nada e depois, tanto tempo depois, é que eu fui ter problema.* (Paciente)

Embora em alguns casos, ou em diferentes episódios na mesma paciente, haja um acontecimento marcante, com alto potencial estressante, como uma doença, um acidente ou outro fato grave na família ou na vizinhança, seu aparecimento é imprevisível do ponto de vista dessas mulheres. Isso constitui uma de suas grandes marcas e gera muita insegurança, alterando o ritmo de suas vidas, por criar um eixo permanente de preocupação pela iminência constante de elas virem a sofrer nova crise. Também com certeza representa um sofrimento adicional: o de viverem ameaçadas por uma possibilidade de evolução desfavorável, trazendo-lhes implicações concretas em suas vidas e projetos:

As crises dão sem que eu pense em nada, pode ser na alegria, numa festa por exemplo, no meio de gente, sem nada para me aborrecê, não precisa de nada pra dá... parece até que quando a gente relaxa dos poblema, está para sentir alegria, é que vem! (Paciente)

No que outras pacientes estão de pleno acordo:

Às vezes eu tenho raiva de mim por sofrer dos nervos, porque uma pessoa que tem esse problema ela não consegue ter muita segurança, a gente vive meio ligada no que pode nos ocorrer e os nervos em todas as formas... (Texto de uma paciente)

Volta e meia estava numa boa, depois parecia que ia morrer. (Paciente)

Não precisava ter motivo, não precisava acontecer nada. Era uma coisa tola, sei lá. (Paciente)

As *sofredoras de nervos* são mulheres tidas na sua comunidade como "trabalhadeiras, caprichosas, que gostam de ajudar os outros"; seu sofrimento, ou melhor, suas causas, são meio incompreensíveis para as outras pessoas. Essa dificuldade de aceitar o sofrimento expressava-se na sua própria fala e na das vizinhas, e fundamentava-se no que elas próprias apontaram e também no fato de que nenhuma delas passava no momento por grandes carências materiais. Embora algumas das pacientes houvessem, vez ou outra, passado por dificuldades dessa natureza, apenas em uma delas isso ligava-se à primeira crise de nervos, provavelmente como fator coadjuvante. Faltava dinheiro, no seu entendimento, em decorrência de alcoolismo, de doenças ou de casos extraconjugais dos maridos, que os levavam a fazer gastos extraordinários fora do lar.

O constante nesses relatos é que elas também qualificam a si mesmas como pessoas bondosas, sempre dispostas a ajudar os outros. Essa é uma das razões pelas quais se sobrecarregam de atividades, o que muitas vezes gera frustrações e sensação de menosprezo, pois esperam reconhecimento e retribuição espontânea a seus gestos. Algumas das crises parecem se dar justamente na tentativa de reverter a situação de abandono ou de desvalorização que vivenciam:

Sempre gostei assim de ajudar, mas não tinha como (...) e tudo que eu faço para os outros não tem valor pra ninguém, né? Eu sinto assim, em mim, que as pessoas não gostam de mim, tudo que eu faço... Eu procuro é ajudar. Até hoje [que sou doente], *gosto de ajudar, às vezes não tenho meios, não consigo, fico presa... Mas ainda assim mesmo gosto de ajudar. Mas sinto não poder... Sinto também porque as pessoa não dá valor ao que eu faço, trago isso desde pequena, sinto e sei que é assim (...) manda as menina buscar a roupa que eu vou deitar para não cair, senão eu vou cair, porque a minha cabeça está rodando, assim, ó!*

Suas vizinhas reconhecem:

Ela [uma paciente] *gosta demais de ajudar todo mundo, coitada! Está sempre fazendo o bem para os filhos, os vizinhos. Mas parece que ninguém dá valor, o marido, esse, então, nem se fala... Ela se queixa e com razão, acho até que a doença dela é por causa disso...* (Informante)

Nesse aspecto, lembram o registro de Lock (1991b) a respeito da honra ligada aos papéis femininos e às suas normas de conduta entre imigrantes gregas no Quebec.

A retribuição esperada pode vir por meio da aquisição de objetos cobiçados:

> *Ah, eu queria um sofá novo, mas não era qualquer um não, que o meu pai, de pena de mim, comprou um, mas não era aquele, aí o meu marido não queria comprar, aí eu não sei o que me deu, aquele nojo, igual o nojo que sinto das coisas velhas dentro de casa, aí eu comecei a chutar tudo, a batê pra quebrá, fiquei louca, disse para ele* [para o marido] *eu faço tudo, ajudo todo mundo e nem posso ter um sofá do jeito que eu quero! O que adianta fazer de um tudo para vocês? Ele disse tá bom, vamos comprar o que você quer!* (Paciente)

> *Hoje* [depois que apareceu o problema dos nervos], *meu marido me deixa fazer o que eu quero, o dinheiro dele fica na minha mão, eu compro o que quero, não preciso pedir para ele, antes não era assim, ele ia pro bar ou gastava com aquela outra, nem adiantava saber que eu estava ali, em casa, fazendo tudo por ele e por quem precisasse, não valia nada ser boa...* (Paciente)

Demonstram também que a sensação de abandono é percebida também em relação a sua sintomatologia e se relaciona à atitude dos familiares, bem como à dos profissionais de saúde:

> *Já estou cansada de falar pros médico, psicólogo, tudo! Mas eles também não ligam para o que a gente sente! É igual meu marido e os filhos, acham que a pessoa quando se queixa está inventando tudo...* (Paciente)

> *Ah! Eu queria é isso mesmo, que ele me pusesse no colo, me agradasse... Quando estou atacada, se ele, ou outra pessoa, faz isso, eu me sinto tão bem! Parece assim que é isso que tá faltando...* (Paciente)

A sintomatologia, nesses casos, assim como observara antes em minha experiência em clínica médica e na literatura, é rica, e sua descrição comporta meandros polimórficos. Tais meandros levam a detalhes do cotidiano das pacientes, a um esmiuçamento de relações extremamente férteis em informações psicossocioculturais que fornecem as pistas para o tripé interpretativo aqui proposto para *nervos*:

> *Às vezes parece uma coisa que vem daqui* [mostra a região do coração], *e a preocupação que me atrapalha, às vezes parece uma coisa que me atrapalha, aqui dentro* [regiões esplênica e pré- cordial], *que vem de dentro de mim, assim... É um aperto, uma atrapalhação que eu passo desde pequena. Afinal de contas, eu sou uma pessoa de sofrer sem reclamar, não sou de contar isso pra ninguém, de desabafar, né? Eu sou uma pessoa doente desde a minha infância, compreendes? Eu sofri assim de calorão, de frio doído, de viver chorando pelos cantos, tinha medo, um medo, tu sabes o que é um medo de temporais? De gostar sempre assim de querer ajudar, mas não tinha como ajudar, e de tudo que eu fizer não ter valor pra ninguém, né? Eu sinto assim em mim que as pessoas não gostam assim de mim, tudo que eu faço, vamos supor se eu for ajudar, elas acham ruim... que se eu for ajudar eu só quero ajudar, que eu procuro é ajudar se eu posso, mas o que eu faço as pessoas não dão valor, que eu sinto, eu noto isso; eu trago isso desde pequena e sei que é assim...* (Paciente)

Na morte do meu primeiro marido, eles não me prepararam, não me disseram um nada assim pra me preparar, eu tava grávida do filho mais moço e eles chegaram assim e disseram que ele tinha morrido na água, lá na Lagoa da Conceição, que às vezes ele ia pescar lá, que ele pescava mesmo era no mar, vivia de ser pescador. Eu sei que eu fiquei presa, eu lembro que eu dava pulo assim [eleva o braço, mostrando perto do teto], *parece que eu tava como quem tá louco, parece que eu tava louca... Parece que eu não caía mais. Ninguém me dava um nada, nem me dava um chá nem me dava uma palavra amiga... Eu não vi se tinha ninguém, dizem que a casa estava cheia, eu não vi nada, ninguém. Só sei que tinha gente que conversava porque eu escutava a voz, só não sei quem era, porque não era comigo, comigo eles não falavam.* (Paciente)

A minha vizinha, quando tem crise, fica sufocada, diz que tem muitas dores que começam por baixo, no útero, no ovário, não sei... Depois parece que ela não pode respirar, o coração dispara, se alguém falar meio áspero com ela, vira bicho, parece um animal que vai pular nos outros, acho que ela fica assim por causa do marido que vive meio bêbado por aí, e dos filhos que não obedecem mais ela, mas também ela quer que eles sejam que nem ela quando era moça... Não entende que a juventude hoje é diferente. Sei que é feio quando ela está atacada, parece que vai morrer, na mesma hora já parece um não sei o quê, parece que alguma coisa toma conta dela, fica com uma força... Padece muito, tadinha... E os filhos, esses nem ligam, nesse ponto ela tem razão de mangar com eles, né? (Informante)

Uma vez, antes disso, fiquei assim, sem poder falar: foi um susto. Eu estava esperando a segunda filha e tive um susto porque tinha época que eu tinha medo, tinha um incômodo na cabeça, um medo que eu não ia no pátio da frente quando ele não estava em casa; mas também eu não contava pra ninguém, só pras minhas irmãs e guardava pra mim. E um dia eu tava sentada, fazendo renda, numa cadeira bem baixinha fazendo renda assim, e no que eu levanto a cabeça deu um estrondo, sabe assim como se caísse uma coisa fora do lugar, mas um estrondo bem forte, não tem? Como se caísse uma coisa, mas bem mais forte, né? Um barulho assim que parece que desabou o mundo inteiro, aí me arrepiou toda assim, também não sei o que era, porque não caiu nada... A gente passava aquele susto, mas não caiu nada, nada. Aí eu peguei três hemorragias nessa gravidez, mas também não contei para ninguém, não fui pra maternidade, nada, fiquei em casa; na última então eu mandei chamá minha madrasta, porque essa gente antiga assim sabia muito remédio, aí ela veio fazer um remedinho pra mim, aí, graças a Deus, passou tudo. (Paciente)

Essa minha prima tem crise volta e meia, por isso que anda louca atrás de médico que dê a receita azul, não fica sem ter remédio forte em casa. A última crise foi a da fulana [cita o nome da última amante do marido da paciente], *ela desanda a gritar e diz que fica com nojo de tudo que é velho em casa, começa a quebrar tudo, aí o marido tem que comprar tudo novo, senão ela não pára de ter crise. Mas se ela estiver tomando os remédio azul, aí ele pode fazer o que quiser, que não acontece nada com ela, nem liga se ele tá com outra ou não.* (Informante)

A crise descrita acima por uma parente, agora contada pela própria paciente:

> *Meu nervo começou quando meu marido botou uma porta, né? Ele comprou uma porta e botou lá em casa, depois que ele colocou a porta... que eu não sentia nada, e depois dos três filhos, ele colocou a porta e eu comecei a passar mal. Ele saiu pro jogo e começou a me dar a crise. Só que a minha crise era os pés ficarem dormentes, as mãos... Eu me sentia agoniada, só gritava, só gritava, só gritava, e quanto mais gritava, mais vontade dava de gritar, mas eu não tinha aquela vontade de avançar, de bater, não tinha aquilo, sabes? Depois, com muito tempo é que eu fui criando um nojo das coisas que eu tinha dentro de casa. Eu não podia ver nada velho dentro da minha casa, aí eu queria meter os pés, eu chegava..., eu não podia ver... Eu queria tudo novo, até o dia que eu quebrei duas cadeiras e a mesa e fiz meu marido comprar uma mesa nova* [radiante] *e até hoje eu não consigo viver sossegada com uma coisa velha. Aí fui no médico, o médico disse que eu não podia tomar calmante, que eu não tinha* [enfática] *nada nos nervos! Aí eu comecei com uma dor na bexiga, que eu não conseguia usar minhas pernas, com dor aqui do lado* [aponta a região inguinal direita], *que precisou de três pessoas para me levar no hospital, meu irmão veio. Eu não tinha dinheiro para pagar* [dramática] *um carro, ele pagou para mim. Só que mudou muita coisa depois do remédio, mas depois começou assim: eu olhava pros meu filhos e parecia assim que eu ia morrer, e ia deixar meus filhos, aí me dava vontade de chorar e vinha aquela coisa ruim, e eu sentia uma coisa assim ruim, ruim, depois de muito tempo que tomei remédio, dois anos. Eu acho que de uns quatro anos pra cá é que eu fiquei mais ou menos, mas mesmo assim eu me sinto assim, que eu queria ter uma vida melhor. Aí o meu marido começou a me trair, me traiu sete vezes! A última vez me traiu com uma velha de 50 anos!* [risos]. *Porque 50 anos hoje... Pô! Tem mulher que tem 50 anos que... mas ela não, ela é uma velha nojenta! Ele teve um ano intero com ela, eu aceitei tudo isso, eu aceitei ele de volta, por causa dos filho (...) mas... até hoje eu não aceito, eu queria ter uma vida melhor, queria ter as coisas dentro de casa melhores, que ele botou muito dinheiro fora... Ele saía, perdia na rua... E tudo isso... Eu acho que em veis de melhorá eu compliquei tudo... Mas eu nunca pensei assim que eu vou tomar uma caixa de remédio pra tudo se acabar, que eu vô tomá um veneno porque eu tenho que me matar, eu nunca pensei assim, né? Que tem gente que pensa isso, né? Eu, se eu não tomar o remédio, eu não consigo dormir, eu fico sem dormir a noite inteira! Aí eu começo a pensar: o que que eu vou fazer amanhã, se vou ter o dinheiro pra comprar o pão, o que que meus filho vão comer? Se meu marido está trabalhando, tudo bem, se não... Agora, se meu marido está trabalhando, eu sou uma pessoa, se tá desempregado, sou outra... Sabe, eu sou bem assim... Não sei... E se eu estiver trabalhando, a minha doença fica lá no serviço, eu venho para casa boa, eu não sei se é porque quando eu estou trabalhando eu tenho meu dinheiro, vou comprar o que que eu quero! E não fico pensando essas coisa boba, não! A doença sai de mim!* (Paciente)

Presenciando a conversa entre ela e uma amiga, confirmo que os nomes das amantes do marido designam *as crises de nervos*, e que estas aparecem quando *ele tem mulher na rua*, gasta muito com ela, deixando a família em má situação. Nessas ocasiões é que ela *garra nojo* das coisas que tem em casa, fica *atacada dos nervos*, quebra tudo

e obriga o marido a comprar novos objetos e, conseqüentemente, deixa-o sem condições materiais de manter a amante. Como eu já entrevistara como *nervosa* a que emprestou o nome para a última crise dessa paciente, em outra ocasião procuro sua amiga para saber sobre o problema da amante. Sua resposta mostra como a comunidade efetivamente *lê* alguns significados nas crises:

> *Se ela também sofre dos nervos?* [risada que mostra discordância] *O que ela tem? É assanhada que só, é separada e vive por aí nos baile, se mete com tudo quanto é homem... Ih, precisas ver o que tem de história dela por aí ... Uma hora vamos sentá e eu te conto... E ela tem crise mesmo nas festas, mas é porque se mete com o marido das outras e aí tem que ter um ataque pra livrar a cara!*

As próprias pacientes indicam outros sintomas e situações associadas, por vezes, à leitura que fazem da sua própria *crise de nervos*:

> *É só alguém gritar que tem alguém doente, mesmo que eu não conheça, ou outra notícia ruim, uma morte, por exemplo, que já vem o problema, fico ruim, tenho que vomitar, fico zonza, dá uma tremedeira, tenho que correr para o banheiro, aí passa, é só vomitar que eu já melhoro...* [A filha intervém, novamente reforçando sua opinião de que a mãe apenas padece de ansiedade].[2] *Passei muito trabalho na vida, agora que sosseguei apareceu essa doença. Se não tomo o remédio, já começa a parecer, arroxear tudo... Não dói nem nada, mas fica muito feio, todo mundo vê, parece que eu apanhei, mas nem tenho homem*[3] *desde que me separei. Tinha crise de bronquite quando era criança até mais ou menos oito anos atrás, tomava Filinasma®, tomei três anos sem parar, a bronquite passou antes um pouco de eu me separar.* (Paciente)

> *Eu, quando me dá a crise, só quero ficar deitada, quero chorar sem motivo, não quero que ninguém fale comigo e eles* [marido, filhas e, eventualmente, amigos ou outros parentes] *ficam no desespero, não sabem o que fazer. Mas hoje em dia parece que eles não agüentam mais me ver assim, dizem que é pra eu reagir, sair, fazer alguma coisa, que está tudo bem. Meu marido diz assim: o que você quer que eu faça? Te ponha no colo, faça cafuné?* (Paciente)

> *Desde a primeira crise, quando eu tinha 12 anos, vinha uma coisa pelas pernas, subia, parecia que a cabeça ia estourar, parecia que ia morrer; às vezes dava raiva, às vezes dava para chorar; não conseguia dormir; quando vou ao médico eu explico que parece que tenho um grande susto dentro de mim, fico perplexa, parada. Quando vai dar, sinto uma depressão, uma tristeza; antes não conseguia me controlar, tinha que tomar injeção, remédio; agora faço algumas coisas e me controlo. Dá de várias formas. Às vezes tenho que vomitar, pôr para fora. Para ser sincera, uma coisa horrível! Como se eu saísse fora do ar. Se eu acreditasse, às vezes parece que é uma coisa ruim que tá na gente.* (Paciente)

> *Ah, é um negócio horrível, tem tanta coisa que a gente sente, chega a ter vez que eu já cheguei a ir no posto*[4] *andando assim parece um boneco, toda desmontada, toda desconjuntada, as mulheres* [funcionárias e pessoas que estão à espera de consulta no posto de saúde] *diz: tem coragem, tem coragem! Que coragem que nada! É um negócio horrível, tenho que agüentar sozinha, vou lá pra cama e me*

deito e não me levanto, tem veiz que tem que deitá de barriga pra baixo, tem hora que tem que ficar de barriga pra cima, tem hora que tem que gritar; tem hora que tem que rir; tem hora que tem que chorar. Tem as vezes que eu gosto de ficar perto de alguém, assim com as meninas, mas elas sabem que eu não gosto que faça pergunta. (Paciente)

Outros sintomas mencionados: *embucho, aperto na garganta, sensação de morte iminente, tremedeira, insônia, medo de morrer, avião roncando dentro da pessoa, dor de cabeça, ruindade por dentro, bola na garganta que sobe e desce* (tanto na garganta quanto na barriga e, eventualmente, no tórax),[5] *tristeza profunda, ficar com a cabeça leve, sensação de que a cabeça vai rodando, dormência nos pés e/ou nas mãos, sentir agonia, vontade de gritar e, em alguns casos, impossibilidade de fazê-lo, como uma paciente que diz que nas crises não pode falar, sente vontade de gritar mas só consegue soltar um guincho, como um animal.*

Desse caleidoscópio sintomático, que tanto é individual (pois varia de uma crise para outra e dentro de uma mesma crise) quanto varia de paciente para paciente, deriva a dificuldade, anteriormente apontada, de se estabelecer um padrão que defina o que é uma *crise de nervos*.

Os ciclos relacionados à fase reprodutiva da mulher são percebidos como diretamente ligados à gênese das crises. Porém, as pacientes discordam quanto ao comportamento da doença durante as várias fases, especialmente no tocante à gravidez.

Diz uma delas:

Quando estava grávida, acho que é uma bênção divina, eu não tive nada, não precisei de um comprimidinho sequer. Eu sempre quis ter um filho e quando fiquei grávida não quis tomar nada. Depois só tive crise quando ela [a filha] *tinha um ano e meio quando o pai dela morreu. Fiquei mais de dois anos sem crise.* (Paciente)

Enquanto outra:

Todas as minha gravidez eu passava mal, desde o primeiro dia; naquele dia que ficava grávida parecia que acabou o mundo. Pra ficar grávida, ficava fácil; mas não sei se era dos nervo, depois... Era dor demais, né? Ficar grávida era preparar o sofrimento, a dor, mas dor mesmo, demais! E ficava abatida, tinha algo diferente, assim parece que acabou-se tudo pra mim, os nervos decerto, só podia ser, nunca tinha dado pensamento nenhum em mim... Só podia ser nervo, né? E foram sofridas, todas as minha gravidez foi sofrida. (Paciente)

A primeira crise me deu na terceira gravidez, os problemas já tinham passado, não entendo por que começou isso. Uns dizem que eu rejeitei, está certo, eu não queria engravidar... Até hoje, que já estou na menopausa, tenho medo de engravidar, Deus me livre! Ele é que evita [coito interrompido], *que hoje em dia ele é muito bom pra mim... Então dizem que eu adoeci porque eu rejeitei, mas eu não acho que rejeitei a minha filha, não fiz nada assim pra abortar... Não tomei um chá, não fiz nada... Mas não sei por que me deu os nervos...* (Paciente)

E em relação à menstruação:

Na última vez que deu a crise, estava pra ficar menstruada, parece que tem uma leve tendência com ela [a menstruação], *fica mais nervos.* (Informante)

Se suspende [a menstruação], *pode provocar qualquer coisa na mulher, tem umas que ataca os nervos, que nem a que mora ali, ela sofre muito por isso e volta e meia ela tem suspensão...* (Informante)

Muitas crises ela teve porque não se cuida, toma friagem ou lava a cabeça quando está menstruada ou a regra está para descer... Aí não tem jeito, no mesmo dia já ataca os nervos, também não se resguarda como uma mulher tem que fazer... (Informante)

Uma vez ela lavou a cabeça, tava menstruada, deu uma crise de nervos muito forte; quando a gente foi saber, tava internada no hospital. (Informante)

A mesma disparidade quanto à importância na gênese e ou na manutenção das crises pode ser observada em relação à menopausa. A paciente, cujo caso era o de sintomatologia mais exuberante e apresentava as crises mais freqüentes, sendo reconhecida também pela comunidade como o caso *mais grave*, contou sua experiência com este evento:

Agora na menopausa, o que que eu quero, né? Não tem que ser honesta? Tem que ser honesta, né? Aí a menstruação começou a faltar, né? Que ela nunca atrasava, era sempre adiantada, e tinha lá um mês que vinha duas vezes no mês, aí começou a faltar, com 44 anos. Chegava os dias, começava a vim um poquinho, vinha aquele poquinho e eu deitada, não podia fazer nada, mas eu não posso ficar deitada, não posso caminhar, não posso fazer nada, não posso falar, nem deitar de barriga pra cima, que parece que dá um negócio assim, parece que o coração parece que abafa... Vai fazê três meses, foi quando a menstruação começou a faltar. Porque é assim: a minha menstruação começou a faltar com 44 anos, com 44 anos eu me lembro muito bem, eu fiquei menstruada e daí eu não sei, por nada, por nada, não sei contar por que eu não me incomodei com nada nem com ninguém, eu sei que, como dizem os antigos, suspendeu, aí eu fui vermelhando, vermelhando, com aquela dor, aquela dor, que já dava de solteira, aquilo fica lá dentro, estorva, estorva, estorva, não dá pra dizer o que que é, né? (Paciente)

Para umas, as que sofrem desde cedo, o problema parece que alivia quando as regra se acabam, mas pra mim foi o contrário, eu era boa de tudo até que começou a suspender, aí, quando era tempo de vim e não vinha, me dava uma ruindade, um vermelhão, parecia que ia sufocar, até agora, dá isso nos dia que era de vim as regra... Já faz três anos que não vem mais, mas o calorão, os nervos, isso continua nos dia certos... Parece que o corpo sente e daí ataca até a cabeça... Parece que ficou sujeira no corpo da gente que precisa sair e não tem mais por onde, daí ataca... Acho que sobe pra cabeça, por isso que dá nos nervos. (Paciente)

Para outras pacientes, as coisas se dão desta forma:

Pra mim foi diferente, sofri muito até suspender, eu ficava atacada, sou professora e nem podia dar aula quando tinha os nervos, sei lá, acho que se eu fosse para a sala de aula era capaz de matar um aluno de tão fora de mim que eu ficava,

geralmente me atacava mais quando tava menstruada. Aí quando foi parando foi aliviando, agora faz dois anos que não tive mais nada. Também me separei do marido, não sei se foi uma coisa ou outra, mas teria sido bom se minha doença tivesse sido ao contrário, eu não teria tido tanto problema na escola. Agora estou aposentada mesmo, tanto faz que tivesse crise ou não. (Paciente)

Em geral, suas queixas mórbidas se entremeiam com as de natureza sociorrelacional, como já se pôde observar em alguns dos exemplos citados, e apontam para o estigma associado ao *sofrimento dos nervos* e aos privilégios que a situação de *nervoso* confere.

A Etiologia Explicada pelas Pacientes

As causas propostas pelas pacientes e pela comunidade para os *nervos* são várias e, segundo elas, pode acontecer que duas ou mais concorram para o aparecimento do problema. As mais citadas podem ser agrupadas, segundo sua natureza, em causas hereditárias, em problemas relacionados aos ciclos femininos (menstruação, gestação, puerpério, menopausa), fraqueza constitucional (que nem sempre se ligaria a fatores hereditários, seria uma espécie de qualidade individual, inata mas não herdada, que inclui tanto a fraqueza orgânica quanto a afetiva ou moral, como a das pessoas *fracas*, que não podem ver o sofrimento alheio, as injustiças, sem adoecer também), deficiências alimentares, excesso de problemas materiais ou afetivos, susto,[6] inveja, causas transcendentais ou religiosas (ação de espíritos, trabalhos feitos contra alguém, possessão demoníaca, vontade divina, culpa por pecados e erros etc.), excesso de trabalho físico ou mental, fraqueza moral e, finalmente, falta de homem (de relações sexuais) e, ainda, contágio, em outro caso.

Essa profusão de etiologias, entrecruzadas na maioria das vezes, reflete-se nos itinerários terapêuticos adotados, que, por sua vez, também lançam mão de práticas muito diversas, visando a atender a cada um dos modelos explicativos da doença.

O modelo explicativo final, que resulta de vários cruzamentos de modelos absolutamente diversos e, por vezes, conflitantes entre si, pode ser exemplificado num único caso, ouvindo-se tanto a paciente quanto sua mãe:

Minha mãe diz que a primeira crise, quando eu tinha 12 anos, foi por causa de um susto: eu estava numa kombi que meu pai tinha, com o meu irmão dormindo em meu colo, e pensei que ele tinha morrido porque eu não conseguia perceber a sua respiração; um mês depois tive a primeira crise.

Na última vez que deu a crise, estava pra ficar menstruada, parece que tem uma leve tendência com ela [a menstruação], *a pessoa fica mais nervosa.* (Paciente)

Acho que eu tenho assim uma fraqueza, dentro de mim, sei lá, é uma coisa da pessoa mesma, parece que alguns têm, outros não, não sei explicar por que, mas é assim, veja lá em casa, eu tenho essa fraqueza, minhas irmãs não, não sofrem nada... (Paciente)

Às vezes eu penso que seja hereditário: a minha tia, irmã de meu pai, sofria dos nervos, a minha prima também, desde criança, a gente brincava junto e parece até que começamos a sofrer juntas... A minha avó dizia que era por causa de um trabalho que a namorada do meu avô fez contra ela, coisa feita com coisa de cemitério, trabalho muito forte, então eu e a minha prima, que éramos crianças naquele tempo, brincávamos no quintal da casa dela, onde a talzinha tinha enterrado coisa de cemitério, um trabalho contra a vó, que casou com o namorado dela, né? Aí nós, que éramos mais fracas do que os grandes, pegamos os nervos por causa disso... [por serem crianças e, por conseqüência, fracas]. (Paciente)

Aí acho que ela ficou com aquele susto dentro dela, um impacto, né? Depois comeu caqui, e o médico disse que foi do caqui que deu isso, eu acho que foi do susto, cada vez que ela leva um susto assim de alguém que morreu ou ficou doente, tem problema, já volta tudo. O susto provoca o sistema nervoso da pessoa, onde a pessoa fica assim, se rompe por dentro dela, já não presta mais. (Mãe)

Mas a mãe mesmo, a cada momento, apresenta uma outra explicação:

Acho, às vezes, que é falta de alimentação, tem época que se alimenta mal, dá isso, parece uma fraqueza que ataca tudo...

Ela puxou a família, é hereditário. O pai também é nervoso, loucão, tem dois comportamentos: um para as pessoas de fora, estranha, vai parar na cidade, é conhecido, em cada canto alguém fala com ele, pros estranhos ele é delicado, trata com carinho; é outro para a família, aí ele fala alto, grita, é autoritário, outro jeito. A tia dela, minha irmã, também sofre dos nervos e o meu filho também, consulta no psiquiatra de vez em quando e toma remédio da receita azul.

Numa família, se tem um que sofre, pode procurá que vai ter outro também, não tem?

Tem o nervo, vem de dentro, ataca pelos nervos da pessoa.

Quando deu a doença nela, passou para ele, os dedos ficavam duros, deformados. Ele tinha dez anos. Arreganhava os dedos assim [mostra, trançando uns sobre os outros], *ficava durinho; ficou um tempo abalado. Ele é mais nervoso que ela, apesar de nunca ter tido ataque de nervos como ela. Acho que saíram assim porque eu tive eles muito nova, casei com 14 e com 15 nasceu o primeiro filho, os três primeiros foi com 11 mês cada, depois é que ficou cinco anos pra vim o outro, passei muito trabalho... Os dois são os mais problemáticos, os únicos que me dão problemas.*

Acho que tem problemas com ela mesma, acho que isso é ter um sonho com ela mesma, sonhar com uma vida pra gente mesma, que a gente não tem, aí fica revoltada com a vida, com ela mesma, não tem? Tem muito problema dentro de si, que não passa para os outros, ela é muito sofrida, desde a infância; porque sabe como é, os filhos com os pais nunca se abrem, não dizem o que eles sentem...

Outras pacientes formulam mais explicações para a etiologia de seu sofrer:

Aí foi no centro espírita e eles disseram que foi um espírito que entrou nela e ela dizia mesmo, quando tava atacada: eu vim pra levar vocês, não vou deixar ninguém aqui não, vou levar todo mundo, fui mandado levar todos! Parecia mesmo que não era ela que falava, era um jeito mau que não é o jeito dela de falar. Daí eles fizeram um trabalho e livraram ela disso, nunca mais deu nada.

Eu não sei se a senhora acredita nisso. Mas, sei lá... Parece que quando uma pessoa tem inveja assim, muita inveja de outra, ela pode provocar o mal pra outra, deixar doente, não sei, mas eu acho que é isso. Para mim só pode ser isso [mal provocado por inveja], *porque eu mesma penso e todo mundo me diz isto: como é que eu posso ficar com a depressão, se eu não tenho razão pra isso? Minha vida agora tá boa, antes não, antes eu tinha motivo, né? Naquele tempo que ele bebia, botou tudo fora, mas agora, agora que a gente vive bem, tenho um pai-marido, que me deixa fazer tudo que eu quero: se eu quero comprar uma coisa eu compro, não preciso de ordem de ninguém* [e esse pode ser o motivo de inveja de sua cunhada, cujo marido a subjuga].

Mais próxima da explicação freudiana está a paciente que localiza em traumas longínquos, sofridos na infância, a causa de seus padecimentos atuais:

Eu digo que meu problema vem da infância, sabes? Por quê? Porque eu não conheci a mãe, e tive uma infância muito sofrida, muito sofrida, muito trabalhada, fui muito maltratada, até eu mesma percebi com tudo isso, não tem? E muito sofrida pela minha madrasta, que a minha madrasta, que Deus me perdoe! (...) Mas sinto não poder [ajudar mais as pessoas, ter recursos para fazer isso]. *Sinto também porque as pessoa não dão valor ao que eu faço, trago isso desde pequena, eu sempre percebi que os outros não dão valor, posso fazer o que for que ninguém liga se fui eu que fiz ou quem foi.*

Para outras, a razão está na sua fraqueza para enfrentar o cotidiano, dizem não poder ver o sofrimento dos outros, brigas, encrencas familiares. Alegam também falta de amor, de carinho. Uma explicava que um sofrimento tão grande como o de *nervos* só poderia advir de praga de mãe.

Apenas uma paciente atribuiu seu sofrimento a um descontrole dos *nervos* passível de controle pessoal, dependendo, portanto, de ela mesma ter ou não *o nervoso*; no seu caso, dizia ter perdido o controle dos *nervos* por tristeza, após a morte de uma filha, pois, segundo ela, *o nervo é a gente que faz.*

As explicações derivadas da carência sexual apareceram apenas duas vezes, mencionadas pela mesma pessoa, uma nativa: uma vez, logo ao início da pesquisa, quando contou de sua mãe, insinuando que quando esta era mais nova e o pai saía para suas farras e amantes, deixava-a carente e, por isso, ela sofria dos *nervos*; a segunda vez foi quando me apresentou uma paciente que já fora atendida em serviços médicos várias vezes e disse que, numa dessas:

o pessoal [a médica e os outros funcionários da Unidade de Saúde do Campeche] *ficou dizendo que o que ela precisava era de homem, porque só se acalmou depois que o dentista chamou ela pra sua sala e ficou um tempão conversando com ela, ela já tinha consultado com a médica, por isso que ficaram falando que o negócio dela era falar com um homem, tadinha... Mas até parece que era mesmo, porque ficou bem melhor depois que ele conversou com ela.*

Porém, ao ser instada a falar mais sobre o assunto, ficou pensativa e então se corrigiu: "tadinha, acho que a gente pensou mal dela, talvez ela não tenha em quem confiar, pra quem desabafar... e o dentista é muito legal, ele sempre está disposto a conversar com quem vai lá".

Depoimentos das próprias pacientes fazem o contraponto à explicação baseada na *falta de nervo* (como diriam alguns ilhéus):

> *Quando está dando o problema dos nervos, eu nem quero nada de sexo, nem sinto nada; quando não, eu tenho relação normal, não é aquela fogosidade, mas é normal.*
>
> *Aí é que tá, gente nervosa, nervosa mesmo, que ansiedade todo mundo tem, mas quem sofre do problema nervo, lá dentro ela não é assim, não tem desejo sexual. Claro, eu posso estar um pouco nervosa e posso ter uma relação sexual e relaxar um pouco, mas ter aquele orgasmo que algumas dizem que tem, ah, isso não!* (Paciente)
>
> *Se a pessoa está com um problema maior, ela nem consegue ter cabeça pra isso* [para ter uma relação sexual], *nem vai sentir nada (...) Mas quem tem a doença de nervo mesmo, aquela coisa estranha, aí não tem nada pra gozar, porque o nervo mesmo não tem nada pior do que isso.* (Paciente)

Ao longo deste trabalho, procuro discutir o atendimento de tais casos, e como uma das hipóteses médicas é a que estabelece um paralelo entre a síndrome popular de *nervos* e a histeria, cumpre assinalar aqui que o estado de bem-estar na gravidez, dado como característico das histéricas (cf. Israël, 1995a), nem sempre aparece nas *nervos*as. Pelo contrário:

> *Todas as minha gravidez eu passava mal, desde o primeiro dia; naquele dia que ficava grávida parecia que acabou o mundo. Pra ficar grávida, ficava fácil; mas não sei se era dos nervo, depois... era dor demais, né? Ficar grávida era preparar o sofrimento, dor, mas dor mesmo, demais! E ficava abatida, tinha algo diferente, assim parece que acabou-se tudo para mim, os nervo decerto, só podia ser, nunca tinha dado pensamento nenhum em mim... Só pudia sê nervo, né? E foram sofridas, todas as minha gravidez foram sofridas.* (Paciente)
>
> *Ela* [a paciente] *já não andava boa dos nervos e, aos seis meses de gravidez, o pai descobriu e ela ficou histérica, gritava com todos, passamos sufoco com ela. Ela se vingava, passava sem comer, dizia que ia morrer; o que valia era a amizade dela com a prima.* (Mãe de uma paciente)
>
> *Todo mundo diz que eu rejeitei* [a gravidez], *que quando está na depressão sente, sente. Eu não sentia nada, eu só sentia vontade de não querer trabalhar, e não tomar banho, e não escovar dente, não sair de casa, ficar só deitada no sofá, é isso que eu sentia, mas nunca senti vontade de me matar, nunca! Agora não sei por que que me acontecia isso. As pessoas dizem que eu rejeitei, por isso fiquei daquele jeito, atacada dos nervos.* (Paciente)
>
> *A gravidez? Cada uma era um sofrimento só! Eu passava os nove meses atacada, era direto aquela perturbação. Tem mulher que diz que essa é a época mais feliz da vida, pra mim não... quando sabia que tava grávida, eu já me desesperava, porque sabia o que ia passar.* (Paciente)

Coitadas! As que eu conheço que sofrem dos nervos parece que ficam pior na gravidez, ataca tudo, cada crise forte que nem sei! (Informante)

Calmantes e outras Mezinhas

Bem no começo da minha doença, com 12 anos, a Vovozinha me benzia, me dava das fumaça das ervas e fazia orações na minha roupa. Sabe, me sentia com uma paz dentro de mim, aquele cheiro de alecrim queimado me fazia relaxar e realmente melhorei por um bom tempo.

(Texto de uma paciente)

Para falar de tratamento dos *nervos*, é preciso que se tenha presente e se aceite a proposição antropológica de que os itinerários terapêuticos envolvem o uso múltiplo e simultâneo dos vários recursos disponíveis na sociedade. Aliás, *nervos* talvez seja um dos casos mais ilustrativos dessas duas características das possibilidades terapêuticas tomadas por alguém em busca de alívio para um sofrimento.

Atendendo a suas várias, sobrepostas e simultâneas, explicações para a doença, os pacientes recorrem da mesma forma a mais de um tipo de tratamento, simultânea ou sucessivamente. Assim, uma paciente vai ao médico no mesmo dia ou logo antes e, às vezes, logo depois de ter ido a um benzedor ou médium espírita. No primeiro, busca, principalmente, a exclusão ou a confirmação de causa orgânica, a receita de um calmante ou tranqüilizante (a famosa *receita azul*);[7] do segundo, espera solidariedade, compreensão, identificação com o problema e uma intermediação com o sobrenatural.

Essa intermediação pode acontecer na forma de rezas, nas quais se pede a cura ou o alívio da doença ou se implora perdão por faltas cometidas que possam ter gerado, como castigo, o sofrimento ora experimentado:

Eu acho que todo esse meu problema foi por causa de eu abortar uma filha, que até hoje eu não me esqueço, eu tenho a consciência pesada por isso. A primeira, a mais velha, que ela vai fazer 19 anos, e acho que ninguém esquece isso.Eu sei que isso é a causa da minha doença porque eu fui num centro lá no estreito e o médium disse que ele viu a minha filha, essa que eu abortei quando eu tinha 15 anos, atrás de mim e da irmã dela, ele disse que ela tem ciúme da irmã porque ela tá aqui na Terra com os pais. Eu não posso mais esquecer isso que eu fiz, por isso que sofro demais. Ele [o médium] *está me ajudando, orando, pedindo perdão a Deus por mim, que eu era bem dizer criança quando aconteceu isso, o que que eu podia pensar, se era certo ou errado?* (Paciente)

Agora eu estou com esperança de melhorar um pouco. Fui na Igreja Universal e o pastor me fez dar um testemunho, eu falei tudo de mim, do meu sofrimento, dos ataque que me dá, do aborto que fiz. É, eu fiz um aborto, tava com uma

semana de gravidez e tomei uns chá, não sei por quê, mas fiz isso, sim, senhora [a afirmação é dirigida para a filha adolescente, que ouve estarrecida a confissão da mãe], *os problemas da bebida do marido, da falta de dinheiro, tudo, a dificuldade com os filho que parece que eles não ligam para a mãe. Aí o pastor me disse que eu tava com câncer no estômago, que tudo que me dava de mau era por causa de um demônio dentro de mim, aí eu fiz uma doação para a igreja e ele orou e me disse: a senhora tem que orar muito, não deixar a igreja. Agora eu tenho certeza que posso me curar, eu já me arrependi de tudo que foi mal que eu fiz, pedi perdão a Deus e ao pastor também.* (Paciente)

O benzedor pede a Deus pela gente, reza pedindo forças pra ele, pra dá remédio certo e pra gente poder vencer os nervos. (Paciente)

Na consulta médica, a paciente busca alívio ou aval social para a sua condição e explicações sobre o seu sofrimento. Busca também um ouvinte solidário, que entenda do sofrimento e por isso seja capaz de lhe dar, se não a cura, ao menos a atenção de quem compreende o que ela está passando. Entretanto, esta última expectativa parece ser a mais frustrada, pois as queixas relativas ao descaso, à pressa, à incompreensão na consulta médica são muito freqüentes nas histórias dessas mulheres e de seus familiares.

A postura indiferente do médico contrasta fortemente com a dos outros agentes de cura, como os benzedores, por exemplo, que são freqüentemente lembrados pela sua paciência e compreensão. Era comum que, ao se referir a eles, as pacientes usassem expressões como "ele sabia do que eu estava falando...", "até parece que já tinha passado por isso". Indicavam, assim, de forma clara que seu sofrimento era perfeitamente compreensível e, por isso, aceitável para esses agentes, o que nem sempre acontecia com os médicos, sempre a insistir que isso [os *nervos*] não é nada!

Um aspecto sobre o qual médicos e profissionais de saúde insistem é o da possibilidade de controle por parte do paciente, mas isto contraria sua representação do problema dos *nervos*, que aos pacientes se afigura como uma situação totalmente fora de controle. No choque dessas representações, é impossível estabelecer uma relação terapêutica profícua.

Interessante notar que o descaso, real ou aparente, dos médicos pela condição de *nervosa*, longe de desestimular as crises, parece provocá-las ainda mais, principalmente quando se trata de obter *receita azul* ou aval para sua situação de doente crônica. Ir ao médico e tomar remédios, tanto quanto buscar outros recursos terapêuticos, atua sobre representações preexistentes, mas também cria e estimula a formação de novas representações. Tais representações tanto podem funcionar subsidiando positivamente o papel do doente e gerando atitudes propícias ao tratamento quanto podem favorecer o processo de cronificação e/ou de estigmatização.

As crises também são atendidas pelos parentes e vizinhos, que fazem a doente cheirar noz-moscada, tomar água com açúcar ou chás diversos (entre os quais os mais usados são de noz-moscada, que "é forte e faz sair logo da crise", de laranjeira, de erva-

doce, de alecrim, "que é muito bom para os nervos", e o de hortelã) e a abanam, porque é comum que haja *sufocação*. Acudir uma pessoa em crise envolve também acalmá-la, aliviar-lhe a carga de trabalho ou de *pensão* (preocupação).

Assim, numa teia de esforços (pela cura) e reforços (à doença), tecidas por elas e pelos circunstantes, inclusive pelos agentes de cura, as *nervosas* vão sobrevivendo, mantendo seus *nervos* e confundindo seus médicos, num emaranhado de práticas religiosas e leigas nas quais se sustentam.

Notas

1 Aos antropólogos, certamente, agradaria mais o termo *sofredor*; entretanto, a natureza ambígua deste trabalho me leva a preferir um de uso mais comum na medicina.

2 A filha, que tem um discurso muito psicologizado, compete com a mãe ao discursar sobre *nervos*, interrompendo a narrativa materna por várias vezes para contar de seu próprio sofrimento com *nervos* e como conseguiu controlá-lo "só com a força de vontade".

3 Esta paciente, por coincidência, fora amante recente do marido de outra, e era com seu nome que esta designava sua última crise. Interessante que na entrevista, que durou mais ou menos duas horas, ela afirmou, categórica, pelo menos por três vezes, *não ter tido homem desde a separação do marido*, que ocorrera perto de três anos antes.

4 As idas ao centro de saúde local ou ao posto de assistência médica da previdência social são todas mencionadas como idas ao *posto*.

5 Em medicina, especialmente na psiquiatria, tal sintoma é designado como *bolo histérico*.

6 *Susto* foi explicado como uma comoção muito forte, diante de um fato inesperado, que provoca um desequilíbrio funcional do corpo e da mente, provocando o aparecimento de qualquer um dos sintomas associados aos *nervos*. Não se observou aqui a caracterização de *susto* como *perda da alma*, tal como descrito em outros países da América Latina. Aqui, o termo se refere ao desequilíbrio fisiológico e afetivo provocado por um acontecimento inesperado e perturbador.

7 As normas de comercialização de medicamentos de ação psicotrópica no Brasil determinam que sua prescrição seja controlada por meio do uso de um formulário de cor azul, o qual, por omissão (e às vezes por ignorância médica), acaba substituindo a própria receita médica (que poderia ser em papel de qualquer cor). Assim, o formulário de controle acabou sendo popularmente conhecido como *receita azul*.

3

Nervos e Nervosas na Biomedicina[1]

Da Sufocação aos Nervos: a construção da representação médica de um sofrimento

A construção refere-se ao processo material lento e prático pelo qual as inscrições se superpõem e as descrições são mantidas ou refutadas.

Latour & Woolgar

Embora o fenômeno ora estudado sob a denominação de *nervos,* na interpretação que lhe dou, não tenha a mesma explicação etiológica e nem o mesmo significado social da histeria, do ponto de vista biomédico e histórico coincide com o seu quadro. Como conseqüência disso, conceitos e interpretações na medicina ocidental tiveram uma tal influência que repercutem ainda na atenção aos *sofredores de nervos*, permeando-a de preconceitos. Cabe, por isso, relembrar sua trajetória desde os tempos hipocráticos, apontando aqui momentos exemplares que contribuíram decisivamente para a formulação presente da representação da histeria e de *nervos*.[2]

Semanticamente, o termo histeria remete à ligação com o útero (do grego *hystera*) e à idéia, que remonta à Antigüidade (cerca de 2000 a. C.), do útero como um organismo vivo análogo a um animal, dotado de certa autonomia e de condições de deslocamento pelo corpo.

No século IV a. C., Hipócrates referia-se freqüentemente à mobilidade do útero pelo corpo; à doença provocada por essa migração, ele chamava de *sufocação da matriz.* Segundo Trillat (1991a), Hipócrates utilizava apenas essa expressão, e teria sido Litré quem, no século XIX, a substituiu pelo termo *histeria.*

Ainda hoje em dia, a descrição hipocrática se presta para descrever com muita precisão alguns dos quadros relatados por sofredoras de *nervos,* como se pode observar comparando o seu relato com o de uma paciente:

> Eis como isso ocorre: a mulher tendo os vasos mais vazios que de costume e estando mais cansada, a matriz ressecada pela fadiga se desloca, visto que ela está vazia e leve; a vacuidade do ventre faz com que haja lugar para que ela se desloque.

Estando deslocada, ela se joga sobre o fígado, adere a ele e se dirige para os hipocôndrios. Com efeito, ela corre e vai para o alto em direção ao fluido, visto que ela foi demasiado ressecada pela fadiga. Ora, o fígado está cheio de fluido. Quando ela se joga sobre o fígado, ela causa uma sufocação súbita, interceptando a via respiratória que está no ventre. Por vezes, ao mesmo tempo que a matriz começa a se jogar sobre o fígado, desce fleuma da cabeça para os hipocôndrios, dado que a mulher está sufocada; e por vezes, com essa descida de fleuma (ou pituíta, humor frio), a matriz deixa o fígado, retorna a seu lugar e a sufocação cessa... Quando a matriz está no fígado e nos hipocôndrios e produz a sufocação, o branco dos olhos revira, a mulher fica fria e mesmo, por vezes, lívida. Ela range os dentes, a saliva flui à boca e ela se assemelha aos epiléticos. Se a matriz fica muito tempo fixada ao fígado e nos hipocôndrios, a mulher sucumbe, asfixiada. (...) Ela experimenta esses acidentes subitamente, em plena saúde. (Hipócrates apud Trillat, 1991b:20)

Eu sinto que a crise está começando porque me vem uma coisa, parece uma dor, não sei explicar bem... aqui debaixo, parece que uma coisa aqui, não sei se é o útero ou o que é, uma coisa aqui se retorce e parece que sobe, parece um bicho se mexendo lá por dentro, vem assim pelo lado esquerdo, daí passa para o lado de cá [o direito, e aponta a região anatômica que corresponde ao fígado], *quando chega aqui essa dor provoca uma agonia, parece que vou ficando sufocada, prende a respiração, parece que não tenho mais ar, aí sobe mais um pouco e me ataca o coração, aí ele bate descompassado, às vezes parece que vai parar, às vezes parece que vai atropelar de tão depressa que bate, acho que vou morrer..., parece que fecha minha garganta, não consigo falar, às vezes só dou uns guinchos que nem animal! Aí a vista escurece ou então me dá um branco na vista que não vejo mais nada. Nessa hora, se ainda não caí, eu caio, não vejo mais nada, perco o conhecimento, depois eles é que me contam que eu fui ficando esquisita e caí. Tem dia que a crise dá e eu escuto tudo, só não posso falar, não consigo dizer o que tá acontecendo comigo, às vezes eu me bato que nem quem tem ataque, me babo, eles dizem que até os olhos eu retorço quando a crise é feia mesmo. Isso dá assim, sem mais nada, não precisa acontecer nada antes, o ataque vem por ele mesmo e, assim como veio, vai embora, deixa uma zonzura, uma fraqueza ruim, uma tristeza funda na gente.* (Paciente)

Essa compreensão persiste por séculos com pequenas variações conceituais, que incluem a redução da alma animal a uma comparação – "de modo que a matriz é inteiramente para a mulher como um animal dentro de um animal" – feita por Aretée de Cappadoce, médico radicado em Roma no primeiro século (apud Trillat, 1991c).

Ao final do primeiro século de nossa era, Soranus de Éfeso, o Príncipe dos Metódicos, propôs que a matriz seria fixada por membranas delgadas aos órgãos que a rodeiam. Até então, acreditava-se que elas só poderiam desenvolver movimentos muito pequenos. Soranus entendia que o útero, justamente pela delicadeza dessas membranas de fixação, poderia movimentar-se amplamente: a sensibilidade ao toque o faria passível de se contrair com os adstringentes e relaxar-se com os emolientes.

Um século adiante, Galeno estabeleceu uma teoria sexual ou seminal para a histeria, atribuindo à mulher a emissão de uma semente análoga ao esperma masculino, e entendeu que seus órgãos genitais seriam semelhantes aos masculinos, só que situ-

ados internamente. A doença seria provocada por uma retenção da semente feminina. Pela teoria galênica, seriam mais suscetíveis à histeria as mulheres que estivessem mantendo relações sexuais regulares e delas fossem bruscamente privadas.

Galeno desfez a confusão que persistia desde Hipócrates, com o uso do termo *nervos* para designar indiscriminadamente tendões, *nervos* propriamente ditos, músculos e ligamentos; a ele deve-se o reconhecimento da interligação entre os *nervos* e o cérebro. Ele também promoveu a clivagem entre ciência e fé, ao mesmo tempo em que introduziu uma distinção entre causas naturais e não naturais – coisas contrárias à natureza da alma, que provocariam afecções e não dependiam de causas naturais.

O adjetivo nervoso aparece no século XIII, com o sentido que lhe era atribuído na língua latina, ligado ao vigor derivado da fibra, *nervus*, com o mesmo sentido que tinha o *neuron* grego, mais tarde nervo, que não se reduz apenas a uma designação anatômica, mas, destacando-se do contexto morfológico, adquire com freqüência um tom pejorativo, a meio caminho entre a patologia e a dor (Israël, 1995b).

Na Renascença, as forças antinaturais propostas por Galeno no século II foram tidas como emanadas do diabo. A histeria e a melancolia passaram a ser vistas como resultante da ação de tais forças. Nessa linha, Paracelso, Cornelius, Agrippa e seu discípulo Jean Wier foram defensores das bruxas, mulheres então caçadas pela Inquisição, acusadas de pactuar voluntariamente com o diabo. Mais tarde, as bruxas foram identificadas às histéricas convulsivas, e o debate médico-teológico, que pretendia distinguir possessões demoníacas, simulação e doenças como a histeria e a epilepsia, se prolongou por todo o período em que vigorou a Inquisição.

Ao fim do século XVII, surgiram duas teorias para explicar a histeria: uma teoria vaporosa, seguida por ginecologistas e parteiros, baseada nas, então, recentes descobertas da química e da física dos gases; e a outra, seguida por neurologistas que se apoiavam em teorias neurológicas modernas. Ambas lançavam mão dos nervos como estrutura anatômica capaz de fazer fluir os seus vapores, porém continuavam postulando a presença de espíritos animais como origem de transtornos. Em 1689, Lange, em seu *Tratado dos Vapores*, retoma a histeria como doença sexual cuja sede é o útero.

Em 1758, Raulin atribui a sintomatologia histérica a uma muito vaga irregularidade no sistema nervoso, desenvolvendo uma teoria das paixões, às quais a mulher estaria particularmente exposta por ter uma natureza mais sensível. No mesmo século, Sydenhan, chamado de Hipócrates da Inglaterra, postulava a existência de uma relação monista entre mente e corpo, na qual a desordem dos espíritos animais acarretaria uma viciação dos humores. Tanto quanto no corpo, os humores, o sangue, as fermentações estariam implicados no desenvolvimento das paixões. Foi nesse tempo que o útero deixou de ser tido como a sede da histeria e o cérebro assumiu tal posição, embora a teoria uterina mantivesse defensores até o século XIX, e talvez ainda hoje os mantenha.

Ainda no século XVIII, o escocês Whytt adotou a compreensão de doença dos nervos, atribuindo a histeria e a hipocondria a uma constituição fraca ou contranatural dos nervos. Ele interessou-se pelo efeito das emoções sobre o sistema nervoso, o que hoje é chamado de psicofisiologia. Seu contemporâneo, William Cullen, inventor da palavra neurose, cuja função era afirmar a preponderância da neurologia, entendia a histeria como uma neurose (no sentido por ele proposto de doença dos nervos), porém ainda a ligava ao útero e aos ovários.

É preciso lembrar que, por essa época, as áreas de influência relacionadas a gênero começavam a diferenciar-se mais: tornava-se norma que as funções organizadas, públicas, econômicas e políticas fossem exercidas idealmente pelo homem, ao passo que o poder da mulher colocava-se crescentemente no âmbito doméstico. As relações sociais estabelecidas sobre tais bases revelavam, primariamente, relações de poder fundadas nas relações de gênero. Nesse contexto, ganhou força a ideologia da grande vulnerabilidade física e emocional da mulher, característica tida como própria da natureza feminina e necessária para gerar e dar à luz os seus filhos. Convém assinalar que as diferenças entre os gêneros aplicavam-se apenas às camadas socialmente mais favorecidas; entre os pobres, vigorava ainda o trabalho escravo ou escravizado. Assim, papéis ligados a gênero, assim como diagnósticos médicos, não eram similares ou operativos para os trabalhadores, minorias étnicas e raciais e para os pobres.

Ao mesmo tempo, ocorria na Europa o período inglês da história da histeria, marcado pela influência das descobertas no campo da neurologia e pela mentalidade puritana da Inglaterra: era necessário abandonar toda referência ao exercício da sexualidade. A idéia de que histeria tem origem uterina era totalmente inadequada, por evocar constantemente a associação entre o útero e a função sexual.

Com o advento do romantismo do século XIX, a discussão sobre a histeria mantém-se como questão predominantemente feminina. Mas é lançada no bojo mais amplo da natureza da mulher e do papel da sexualidade nas diversas etapas psicossociais de sua vida – puberdade, casamento, viuvez.

Embora o imaginário romântico, que colocava a mulher num pedestal, afetasse os médicos que tratavam da questão, o útero voltava ao centro da discussão sobre a nosologia feminina. Foi por esse tempo que os fisiologistas descobriram a ovulação, evidenciando o papel gerador e ativo da mulher na reprodução.

Se não emancipou a mulher, o romantismo ao menos reconheceu nela um ser sexuado, completamente diferente do homem, o que motivou os médicos a procurar em o que diferenciava a sua natureza da dos homens, e permitiu que se retomasse, mais uma vez, a reunião da histeria e da hipocondria como uma mesma doença, tal como propusera Sydenham.

Em 1879, o médico norte-americano Beard descreveu a neurastenia, um quadro bastante próximo da melancolia e da hipocondria. Chegou-se, assim, ao final do século XIX, à necessidade de diferenciar a histeria da neurastenia, vista por Beard como um estado de fadiga física e psicológica, acompanhada de múltiplas indisposições de expressão corporal.

Começava-se a abandonar os fatores até então tomados como responsáveis por tais quadros, como hereditariedade, clima, educação, paixões, emoções, tóxicos etc. A etiologia proposta por Beard substituía-os por fatores sociais: o desenvolvimento da sociedade industrial como causa de um esgotamento energético que estaria na base das neuroses.

Com a aproximação do século XX, com suas incertezas e mudanças sociais e políticas, a histeria passou também a ser entendida num contexto sociológico. Isso ocorria à medida que avançavam as reivindicações femininas pela igualdade de direitos, emancipação e afirmação da própria identidade.

Em 1901, Babinski propôs substituir o termo *histeria,* caduco para ele, por *pitiatismo,* referindo-se a uma classe de fenômenos mórbidos passíveis de cura pela persuasão.

Por essa época, propalou-se um desaparecimento da histeria, refutado por Janet com o argumento de que, na verdade, a mesma persistia, mas estava sendo pesquisada adequadamente na clínica.

As bases pragmáticas dos tratamentos adotados até esse momento, que conferiam à histeria um caráter superficial, foram rompidas pela proposta psicanalítica de Sigmund Freud. Em 1895, juntamente com Breuer, ele publicou os *Estudos Sobre a Histeria,* marco fundador da psicanálise e da revolução por ela desencadeada.

Freud desenvolveu a teoria dos níveis de consciência e propôs que traumas e repressões severas, especialmente aqueles ligados à sexualidade, estariam na origem do fenômeno histérico.

A grande importância conferida pela psicanálise à sexualidade parece ter influenciado ainda mais a prática médica desde então. Talvez porque a medicina tenha encontrado na teoria freudiana uma forma de perpetuar a sua idéia de correlação da histeria com o sexo e, por conseqüência, a noção médica ligada ao diagnóstico popular de *nervos,* envolvendo nessa implicação quase que exclusivamente o sexo feminino. A prática médica reduziu esse tipo de sofrimento, enfim, a um atributo feminino ligado ao exercício sexual apenas, e não ao papel feminino.

Porém, para visualizar essa postura reducionista, é preciso que se recorra a informações acumuladas durante a formação médica, naquilo que se convencionou chamar de *currículo oculto* – os conhecimentos que não se encontram nos compêndios médicos. Estes são repassados, de maneira informal, às vezes ao longo das atividades próprias do curso, ou se desenvolvem em paralelo, mas influenciam fortemente os profissionais, inclusive na perpetuação de preconceitos e estereótipos.

Após a Segunda Guerra Mundial, a medicina passou por um processo de incorporação crescente de tecnologia para diagnóstico e tratamento das doenças que começaram, então, a parecer perfeitamente curáveis. A psiquiatria tradicional ganhou, na década de 50, potentes aliados: os benzodiazepínicos, drogas de amplo uso como calmantes, e a psicanálise, propondo fazer emergir os conteúdos reprimidos do inconsciente.

Esses recursos pareciam capazes de manter sob controle manifestações antes indomadas, como a histeria. Novamente, chegou-se a propalar o seu desaparecimento.[3] Porém, o que se observa é que esse diagnóstico perdurou no setor popular sob o rótulo de sofrimento dos nervos, ao passo que a medicina inventou um sucedâneo muito mais abrangente: o estresse. E, mais recentemente, tem jogado com os diagnósticos de depressão, TPM e com a atualíssima síndrome do pânico, na ânsia de justificar os incontáveis dependentes químicos que criou. Bulimia e anorexia também aparecem no rol de seus substitutivos e em estreita relação com a condição feminina.

O Estresse

O homem é o único ser vivo capaz de ser seu próprio agente agressor, através de seus pensamentos, angústias e inseguranças diante da vida (...) muitas pessoas experimentam sensações físicas de desconforto quando submetidas a situações de ansiedade.

Bonamim

Ao trazer aqui umas notas sobre o estresse, corri duplo risco: o de estender excessivamente essa revoada sobre a construção dos conceitos médicos sobrepostos à síndrome popular de *nervos*; e o de ser parcimoniosa na abordagem de tema tão discutido na imprensa médica.

Só fiz isso com o estresse, não o fazendo com a TPM e com a síndrome do pânico, ou com algum dos outros termos com os quais o quadro pode ser rotulado clinicamente, por entender que os mecanismos envolvidos na reação ao agente estressor explicam, de fato, o que se passa no nível orgânico com as *nervosas*. Como o que proponho neste trabalho é justamente promover uma interação cooperativa entre a biomedicina e a antropologia, deduzi serem os comentários ora expostos de grande utilidade.

Além disso, o estresse tem sido tema corriqueiro de matérias na imprensa leiga (jornais, programas de televisão etc.) e servido de justificativa para inúmeras situações, como se viu há pouco tempo, com a derrota da seleção brasileira de futebol na Copa do Mundo, atribuída ao estresse de um jogador. E mais: pelas descrições veiculadas, quer me parecer que o mesmo teve uma crise típica de *nervos*, mas como é homem, jogador de futebol, esperança da nação..., diz-se que ele teve estresse!

Os efeitos das condições da organização social e da sua desintegração sobre o comportamento e a formação da personalidade da pessoa foram assinalados já nos primórdios da sociologia, no final do século passado, por Durkheim. Na biologia, Hans Selye, médico e cientista austríaco, publicou, em 1936, suas primeiras observações sobre o estresse, e desde então muito se falou e se publicou na imprensa científica sobre o assunto.

O próprio Selye (citado por Helman), em revisão publicada em 1976, mostrava que, em 40 anos, haviam sido publicados 110.000 estudos sobre o estresse. E, agora, o assunto talvez esteja mais do que nunca fazendo parte das conversas corriqueiras das pessoas, face à secularização e à vulgarização intensa do seu conceito (*Feminina*, 199?; Treichler et al., 1986; Stringueto & Caruso, 1999).

> O processo de vulgarização também atingiu, de certa forma, as áreas científica e profissional, a ponto de provocar indignação, como manifestou um psicanalista: "neste caso [na possibilidade de estabelecer-se um vínculo entre um acontecimento e a resposta somática], atualmente os biólogos falam com freqüência de stress, *conceito saco sem fundo*, de uso prático". (Dejours, 1988a:16) (grifo meu)

Esse uso do conceito de estresse como *saco sem fundo*, ou seja, como amplo reservatório no qual se jogam todas as coisas cuja causa é ignorada ou se pretende ignorar, é muito visto na área médica, principalmente. Mas implica um alargamento conceitual, pois passa a comportar situações muito diversificadas em sua natureza e gravidade. O termo é usado para qualificar tanto as ansiedades geradas por motivos de menor importância, no relacionamento pessoal com amigos, por exemplo, quanto as mais sérias, como as provocadas pelo trauma cirúrgico. Seu uso pode aparecer indiscriminadamente em situações corriqueiras como, por exemplo, "você está estressada porque eu mandei que fizesse dieta" e para designar a angústia que sucede a grandes tragédias, como a do sujeito que acaba de perder mulher e filhas carbonizadas num acidente automobilístico.

Mas, então, o que é o estresse? Nos termos propostos por Selye, constitui um mecanismo fisiológico que prepara o organismo para reagir às exigências ambientais. Decorre daí a compreensão de que nem todo estresse é deletério e indesejável. Num nível moderado (estresse), promoveria a proteção e a adaptação do indivíduo ao ambiente. Só em níveis mais acentuados (distresse) pode causar lesões patológicas, orgânicas ou psíquicas, e até mesmo levar à morte.

Os fatores estressantes podem ser de natureza física, psicológica ou sociocultural, e sua atuação provoca no organismo uma resposta manifesta em três estágios básicos:

- Alarme, em que há a conscientização da presença do agente estressante e a mobilização química, física e psicológica para enfrentá-lo.
- Resistência ou adaptação, com a ativação do sistema neuroendócrino e a conseqüente reação e recuperação orgânica.
- Exaustão, quando o organismo não é capaz de se recuperar, porque a persistência ou intensidade do agente estressante está além da sua capacidade de recuperação.

Assim, as mudanças fisiológicas se tornam patológicas, resultando, por fim, em doença ou morte.

Dada a natureza ambígua deste trabalho, pareceu-me imprescindível apresentar os mecanismos neuroendócrinos envolvidos na chamada Síndrome Geral de Adaptação, que é a reação aos agentes estressantes. Faço-o no Anexo 8, utilizando o excelente e descomplicado resumo encontrado em Witkin-Lanoil (1985a).

É interessante ressaltar que os mecanismos de reação são inespecíficos, isto é, a forma como são ativados não tem a ver com a natureza do estressor, o que, por vezes, pode levar a uma reação desmedida em relação ao risco que este efetivamente implica.

Imagine-se, agora, uma situação estressante contemporânea: ficar preso no trânsito ou ter de enfrentar uma cirurgia (tanto no papel do cirurgião quanto no do paciente). Como ficam os sistemas todos ativados? Como sua ativação vai repercutir sobre o indivíduo que não pode ou não deve correr ou fugir? Certamente, intensificando aquelas respostas e desencadeando outras. Não fica difícil, portanto, imaginar o resultado das situações cronicamente estressantes, como viver numa grande cidade hoje em dia, ou conviver com a carência continuada de recursos materiais, ou, ainda, com relações conflituosas e frustrantes.

Decorre daí, provavelmente, o deslocamento conceitual que parece ter havido: estresse deixa de ser entendido como uma reação normal e passa a designar um desequilíbrio, como se encontra em alguns autores, que falam de um estado de desequilíbrio da pessoa por uma disparidade entre a demanda ambiental e a capacidade pessoal de lutar. Assim, os eventos atuam como estressores quando excedem os recursos adaptativos da pessoa.

O estresse provoca efeitos psicofisiológicos diretos sobre a saúde, como, por exemplo, doenças imunológicas, alergias, mudanças no funcionamento hormonal. Pode levar ao enfraquecimento das condições pessoais e a um comportamento doentio (enfraquecimento dos hábitos para a saúde), ou influenciar o curso de uma doença preexistente, pela superposição de outros sintomas (distúrbios do sono, anorexia etc.), retroalimentando-a e provocando o seu agravamento ou o surgimento de novas patologias ou comportamentos inadequados, como assinalam Maes, Vingerhoets & Van Heck (1987).

Assim, estresse é hoje uma rubrica complexa, que consiste de processos inter-relacionados, nos quais entram, além do sujeito, fatores mediadores entre os estressores ambientais e a doença, quais sejam, estilos de reação (repressão, inibição das expressões de emoção e engajamento com interações agitadas com o ambiente) e características de personalidade e das redes de apoio social.

O já citado Dejours fundamenta sua crítica ao uso indiscriminado do estresse na medicina, na psiquiatria e na psicologia, dizendo que usar o conceito de estresse

> Evacua aparentemente a dificuldade em distinguir entre emoção e emotividade.[4] (...) Libera-se também da distinção entre angústia somática e ansiedade psíquica. O stress se presta à objetivação, pouco importa a vivência do sujeito em estado de stress. (...) basta que se possam seguir as variações de grandeza biológica e que se possa lhes dar um índice de significação em relação com a situação ansiogênica estudada. (...) *a mensuração do stress pode dispensar o sujeito que o vive.* (...) *Assim, o primado do mensurável se impõe em detrimento da vivência subjetiva, a ponto de torná-la acessória, até mesmo suspeita. Trágica orientação, pois do que falamos junto com o stress? De uma angústia supostamente isolável do sujeito que a vive.* (Dejours, 1988b:26) (grifo meu)

Como fato psicossocial, o estresse pode ser visto de várias perspectivas, tomando-se por base sua associação com papéis, estilos de vida, eventos da vida diária etc.

Entendendo *nervos* como uma das formas como algumas culturas, principalmente as latinas, enfrentam o estresse social, priorizei a abordagem dos papéis sociais, pois me interessavam, em particular, as questões de gênero e, nestas, as relacionadas às mulheres. Abordarei o tema mais adiante, no capítulo sobre gênero e *nervos*.

Goldberg (1992a), em interessante artigo sobre a problemática do atendimento ao estresse na Atenção Primária à Saúde (APS), reconheceu a existência de três grupos de distresse psicossocial: o primeiro, mais leve, no qual os mecanismos homeostáticos têm condições de promover sua recuperação após um certo tempo e que provavelmente não se beneficiará de medicação;[5] o segundo, que seriam os neuróticos de longa duração, associados com problemas de interação social e problemas pessoais, cujo tratamento corresponde a uma intervenção social; e o terceiro grupo, o dos doentes, que se beneficiarão que se beneficiarão do tratamento comportamental e medicamentoso. Entendo que os *sofredores de nervos* possivelmente se concentrem no primeiro e no segundo casos; alguns talvez se encaixem no terceiro.

No mesmo artigo, Goldberg também discutiu as habilidades necessárias aos médicos para tratar desses pacientes, chamando a atenção para algumas *que não podem ser adquiridas na escola médica*: habilidade para o aconselhamento, para tolerar o paciente que não melhora, interesse continuado no ajustamento social e na melhora física do paciente e capacidade de perceber quando é necessário pedir ajuda social. Acentua que os jovens médicos, por não terem essas habilidades desenvolvidas, tendem a ajudar seus pacientes com a prescrição múltipla de fármacos e que isso não é bom, porque os pacientes gastam seu dinheiro com remédios em vez de fazê-lo com outras coisas, e porque as drogas, freqüentemente, interagem deixando o paciente mais doente ainda. Além disso, incorrem em erro porque, de qualquer forma, é um engano primitivo do mundo a suposição de que problemas sociais crônicos possam ser resolvidos pelos psicotrópicos.

Outra questão freqüente, quando se fala de estresse e de *nervos*, é a da somatização, que, segundo Kleinman, é tanto a expressão de queixa física na ausência de patologia orgânica quanto a amplificação de sintomas resultantes de patologia física definida (Kleinman apud Dunk, 1989b).

O fenômeno da somatização, um dos componentes dos quadros de *nervos*, repercute sobre os serviços de saúde. Aqueles que tendem a expressar seu desconforto, pessoal ou social, no próprio corpo, vão encontrar má vontade e barreiras de preconceito e desconhecimento entre os profissionais de saúde, especialmente entre os médicos, tal como apontado por Goldberg e como será visto mais adiante.

Venho observando a força das representações acumuladas pela medicina, em sua longa história, cada vez que constato, por seus comentários e piadinhas a respeito de paciente, que os alunos da Universidade Federal do Paraná ainda recebem o mesmo tipo de orientação que recebi há mais de 20 anos. A única diferença está nos textos

utilizados, que são muito mais compreensivos com a problemática socioafetiva e sugerem o trabalho médico baseado numa conceituação ampliada e que considere o processo saúde/doença. Porém, estes perdem sua força de convencimento diante do comportamento dos professores e profissionais mais experientes.

Os Médicos e os Nervosos Hoje

Nervos é uma doença popular com uma constelação sintomática que constitui uma síndrome socialmente reconhecida, à qual, como já foi visto, correspondem uma abordagem terapêutica e padrões de comportamento: tabus, regras de respeito ou de tolerância para com o doente etc. Mas, do ponto de vista biomédico, não existe como síndrome ou entidade nosológica, o que pode ser comprovado na consulta, por exemplo, a um dos livros-texto mais utilizados em nosso meio por estudantes e médicos, o famoso *Cecil Textbook of Medicine*, ou a algumas revistas médicas: mesmo as da área de psiquiatria nada trazem sobre *nervos*, apenas sobre histeria.

A síndrome popular do *nervoso*, compreendendo uma gama de sinais e sintomas emocionais e orgânicos, em associações e intensidade diversas, coincide, em geral, com a descrição clássica da histeria ou com o que os médicos reconhecem como *piti* ou *psico*.[6] Engloba sintomas e sinais de natureza e de intensidade variáveis, não exclusivos. Muitos deles podem ser encontrados em doenças orgânicas, como algumas infecto-contagiosas, ou nas consumptivas ou, ainda, nos estados depressivos.

É difícil precisar o sutil limite que faz com que um médico classifique um caso como depressão, por exemplo, ou – ao contrário – diga que não passa de um *nervoso qualquer*.

Em sua sintomatologia, o sofrimento dos *nervos* se assemelha muito com *susto*, que é uma doença de caráter cultural, encontrada entre os latinos. O susto, neste caso, se explica pelo roubo da alma do indivíduo (etiologia não verificada no presente estudo); também acontece em situações de conflito ou estresse social, parecendo incidir mais freqüentemente em mulheres e crianças (e. g. Seijas, 1972; Uzzel, 1974; O'Nell & Rubel, 1980; Bolton, 198?; Trotter, 1982; O'Nell & Selby, 1968a; Rubel, O'Nell & Collado, 1995a; Holloway, 1994).

A exemplo dessa e de outras doenças culturais que também não são reconhecidas pela medicina oficial, o *nervoso* não tem uma abordagem específica. Pelo contrário, a consulta médica o despoja de seus significados e conteúdos sociais e o tratamento, *dar um remedinho*,[7] raramente provê o doente de outros signos socialmente valorizáveis.

A consulta médica – exceto pela pequeníssima parcela que recebe uma prescrição medicamentosa – esvazia, desmerece o sofrimento do doente: *isso é* só *um nervoso* (cf. Navarro, 1989). Como conseqüência, há a redução do contexto pessoal, ou seja, o

impedimento de associações extra-biológicas intervenientes na determinação da doença que, afinal, promove a falta de articulação entre o nível biológico e o macro das determinações sociais da doença (cf. Verani, 1994).

Compartilho com Duarte (1987b) e Costa (1987c) a idéia de que os usos, popular e médico, do diagnóstico e do rótulo de *nervoso* constituem uma apropriação recíproca de saberes. Por um lado, o setor popular, localizando no corpo, ou seja, nos *nervos*, um distúrbio mal definido, tenta adequar-se à abordagem mecanicista da biomedicina e proporcionar uma rubrica admissível para uma categoria popular de doença. Por outro, o médico lança mão de um termo de uso popular (que já foi de uso médico, como se verá mais adiante) para definir, explicar, ou até mesmo se livrar da necessidade de fazê-lo, estados que envolvem situações tidas como clinicamente vagas, de múltiplos significados, quase sempre tomadas como idiopáticas ("o sujeito é assim mesmo, nada há a fazer..."), os quais, com um pouco mais de boa vontade, seriam chamados de psicossomáticos, mas que, principalmente, não merecem do profissional maiores preocupações além de um remedinho calmante ou para dormir.

Verhaak & Tuhis (1992), assim como Goldberg (1992b), apontaram as dificuldades que os médicos clínicos gerais têm para diagnosticar os casos de problemas mentais quando eles se apresentam só com queixas somáticas. Lolas (1985) mostra os vieses subjetivos dos médicos – experiência, conhecimento, afetos –, que são parte constitutiva do processo diagnóstico.

Scheper-Hughes ilustra bem o embaraço da biomedicina ao lidar com síndromes culturais ou com sintomas ressignificados pela cultura, pela dificuldade que a medicina tem de apreender o real significado deles. Analisando o *nervoso* no Nordeste brasileiro, a autora percebeu que, na verdade, quando as pessoas se referem aos *nervos* estão, quase sempre, se referindo à fome ou às suas decorrências. O *nervoso* lá é o duplo da fome, ao passo que a leitura biomédica o vê apenas nos seus aspectos somáticos, desconsiderando a causa real do sofrimento e servindo como um agente de controle social. Como parte da prática discursiva, o a categoria *nervos* ameniza o peso político dos sintomas da fome, que exigiria a redistribuição de comida, riqueza e poder. Tratar o sofrimento como ansiedade emocional, patologia individual, e prescrever terapia tranqüilizante servem ao ocultamento da miséria, patologia social. Assim,

> um rico esquema conceitual folk para descrever as relações mente/corpo/corpo social é apropriado pela medicina e transformado completamente em outro: a doença biomédica, que aliena a mente do corpo e oculta a relação social da doença. Assim, a experiência de privações é transformada em um problema pessoal, psicológico, que requer medicação. (Scheper-Hughes, 1992b:169)

No seu entendimento, a atuação dos médicos pode ser vista, à luz das teorias críticas e do conceito de hegemonia de Gramsci, como o desempenho do papel de intelectuais *tradicionais*, cuja função é, em parte, identificar mal, falhar em ver a secreta indignação da doença da pobreza expressa no *pouco desenvolvido idioma dos nervos*.

A autora atribui ainda à medicina a tendência etnocêntrica de estandardizar nossas próprias táticas mente/corpo (culturalmente construídas e prescritas) e rotular como desviantes, patológicas, irracionais ou inadequadas as táticas dos outros (no caso estudado por ela, dos pobres) (Scheper-Hughes, 1992c:185).

A baixa resolubilidade da consulta médica é agravada também por outros fatores, como, por exemplo, o autodiagnóstico (atribuição pessoal ou social do rótulo de *nervoso*). Na consulta médica, que é um espaço, por definição, antipático ao autodiagnóstico e à automedicação, comuns nos *nervosos*, frases como "se sabe o que tem e/ou o que tomar, por que veio consultar?" ou "o médico [aquele que sabe, que está autorizado a falar de doenças] aqui sou eu!" são o revide corriqueiro de médicos impacientes.

Como uma categoria estranha ao médico, o *nervoso* pode até compor uma constelação sintomática, mas não tem o substrato etiopatogênico que dá consistência ao ato médico. Causalidade (social, emocional), sinais, sintomas, tudo é muito fluido, muito comum a vários estados para compor, por si, um conjunto convincente que, para o médico, mereça preocupação particular. Costa assinala ainda que: "Da Medicina o indivíduo reproduz as próprias *incertezas* do conhecimento psiquiátrico sobre a natureza da doença mental" (Costa, 1987d:14) (grifo meu).

E mais: para a biomedicina, existe uma oposição entre *nervoso* e *realmente doente* que desvaloriza muito o doente e sua experiência de sofrimento, bem como desconsidera o que ele está querendo expressar por meio de sua dor:

> *A gente sente tanta dor, se é real ou se é a cabeça da gente que inventa, eu não sei, mas não interessa, né? O que interessa é que a gente sente mesmo e chega no médico eles até tiram sarro da gente, ficam perguntando: "é o dedinho do pé que dói? Por que não diz logo que o dedão também está doendo?" Isso é sério, né? Se é a cabeça que faz, não sei, mas que a gente sente, sente dor mesmo, e os médicos não acreditam.* (Paciente)

> *Só que às vezes eles* [os médicos] *pensam que é brincadeira ou que é uma mentira minha (...) eles ficam dizendo que é besteira, que é só do estado dos nervos.* (Paciente)

Apesar de sua baixa resolubilidade, no entanto, a consulta médica é um buscada. Algumas razões podem ser apontadas para tal: primeiro, a consulta constitui um cenário ideal para uma narrativa de "queixas", monólogo no qual se afirma a identidade e o papel do queixoso e da própria queixa; segundo, tem a capacidade de legitimar socialmente o papel do *nervoso* como um doente, em seu meio (cf. Lock, 1991c); terceiro, detém a capacidade de dar resolução pragmática para alguns sintomas: o remédio para dormir, para a dor de estômago, o calmante etc.

> A validade da doença é confirmada pela procura de suporte de médicos, familiares e amigos; pela prescrição de *remédio para os nervos* e *shooks* e pela hospitalização pelos nervos. (Schaik, 1989b:22) (grifos do autor)

Buchillet (1991) e Rubel, O' Nell & Collado (1990), entre outros, também assinalaram as mesmas conveniências da consulta para situações até certo ponto comparáveis à dos *nervos*, como no caso do *susto*, descrito por esse último autor.

As próprias pacientes o dizem:

> *Eu já penei de dor, de fraqueza, de nervo, de um tudo, já. Quando eu vinha da maternidade com dor, com ponto, fazia tudo sozinha, eu não fazia nem um luxinho. (...) ainda hoje passo incômodo, é muita coisa. Então, nem adianta contar que é muita coisa, nem vou conseguir contar direito. E outra: se eu contar isso para os médicos, o que eles vão dizer para mim? O que que eles vão fazer com isso? Só vou no médico para pegar a receita, né? O que vai adiantar contar para eles?* (Paciente)

A biomedicina, que também se constitui em uma representação social construída por meio de categorias cognitivas, biologicamente embasadas, cujos conteúdos ideológicos têm implicações no reconhecimento e tratamento das doenças, adota e valoriza o estresse, mesmo o que se poderia qualificar como *social*, nas camadas médias e altas da sociedade. No entanto, tem dificuldades em lidar com o *nervoso* – que, embora seja seu equivalente para as camadas populares, é adotado na consulta apenas como um facilitador, mas não valorizado naquilo que significa – e a sua abordagem clínica se reduz à eventual prescrição de algum calmante ou sonífero. Quer dizer, seu tratamento é confinado à esfera biológica, mesmo que sua causalidade se localize no âmbito emocional e social.

Nesse jogo de construções, as populares, por um lado, e as médicas, por outro, aprisiona-se o sofredor nas armadilhas do diagnóstico biomédico, determinando o que Chiozza define como a dependência do doente somático às instituições e estruturas da assistência médica. Estas despojam de sentido a sintomatologia exposta, encurralando o paciente no espaço mais estreito definido pela subcultura médica (Chiozza, 1987c).[8] Entendimento mais dinâmico desse processo é encontrado em Alves (1994b), que afirma que o processo dialógico com agentes terapêuticos e outros significativos de sua comunidade possibilita ao sujeito a criação ininterrupta de explicações para a doença. Para ele, modelos interpretativos desenvolvidos são essencialmente processuais, pois resultam dos constantes contatos e das discussões mantidas ao longo da enfermidade.

Essa estreita vinculação do diagnóstico às estruturas contidas num modelo teórico preso a formulações mecanicistas, biologicistas, e que mantêm a dicotomia corpo/mente, explica por que, mesmo na sua versão mais aberta à problemática social, que é a epidemiologia, a biomedicina pouco esclarece sobre o sofrimento, sobre a singularidade e a estranheza do fato de sentir-se doente. E esclarece menos ainda sobre as incontáveis possibilidades culturais de compreensão dos fenômenos ligados à saúde e à doença, sobretudo no campo simbólico, em que se inserem as possibilidades de leitura dos significados sociais que podem ser reveladores das relações sociais sobre as quais elas se formam e que, ao mesmo tempo, refletem.

Entre as conseqüências da postura médica, duas das mais graves são, sem dúvida, a medicalização excessiva e o uso abusivo de medicamentos psicoativos, como os calmantes e hipnóticos, o que não se faz sem graves riscos pessoais e sociais (e. g. Malavolta, 1994a; Lima & Esmeraldino, 1995a). Adiante, discutirei essa problemática mais amplamente.

A ida ao médico serve ainda como uma forma de sair da crise, de resgatar a dignidade pessoal, principalmente quando aquela se deu por manifestações muito extravagantes em relação ao comportamento habitual:

> *Quando me dá o ataque dos nervos, fico tão louca que nem sei o que faço. Até rasgar a roupa lá no posto de saúde eu já rasguei uma vez; aí eu fico com muita vergonha, então eu vou no médico que é pras vizinha, pros parentes dele* [do marido] *verem que eu faço isso por doença mesmo, que não é por falta de vergonha.* (Paciente)

> *Uma vez me deu uma crise no baile, dizem que fiz o maior escândalo, eu nem me lembro direito, daí eu melhorei e o pessoal em volta dizendo que era pra ir no hospital. Eu já estava boa, mas fui só de vergonha, daí me deram um calmante e eu voltei pra casa dormindo, só saí de casa dali uns três dias. Se eu não tivesse ido e tomado a injeção, não tinha cara de enfrentar as pessoas, mas daí, como o médico me deu até injeção, ninguém ficou falando, senão já viu como ia ser o falatório do povo, não iam acreditar que eu fiz sem querer.* (Paciente)

> *Às vezes eu acho que ela vai no médico só pra não passar vergonha depois do que fez quando estava atacada.* (Informante, sobre uma paciente)

> *Quando eu vejo que me descontrolei demais, daí eu vou ao médico para não ficar muito chato, assim se ele me dá uma receita ou um atestado. Todo mundo se cala.* (Paciente)

Acalmando Médicos e Pacientes: a receita azul

> *Eu não entendo, algumas vezes fui com a minha prima no médico; quer dizer, em mais de um... Aí eles falavam para ela bem assim: isso não é nada, é só dos nervos, da tua cabeça, é só querer que se controla, mas davam uma carrada de receita, tudo de remédio forte, receita azul, né? E diziam que ela não podia passar sem eles, agora acho até que ela já está assim que nem esses drogados, fica louca se tiver se acabando o remédio e ela não puder ir pegar mais receita. O médico às vezes dá receita azul como quem dá cheque: pré-datado!*
>
> (Informante)

Ao abordar a forma de como os médicos encaram e se posicionam diante de *nervos,* e sem abandonar, mesmo que temporariamente, o ponto de vista das pacientes,[9] busquei no outro lado, na perspectiva médica do tratamento de *nervos,* alguns elementos que pudessem esclarecê-la melhor. Essa é uma problemática tão complexa, que merece não só uma dissertação à parte[10] mas o concurso de outros profissionais

(farmacêuticos, bioquímicos, semiólogos, especialistas em educação médica, entre outros) para uma abordagem mais acurada. Por essa razão, em vez de tentar a sua análise, preferi apontar aqui, para reflexão, alguns de seus aspectos mais marcantes.

O tratamento de histéricos e *nervosos,* como foi visto, acompanhou os modelos conceituais a ele subjacentes. Porém, atualmente persistem alguns comportamentos terapêuticos que não se explicam por essa via, e sim por outros componentes do imaginário médico e popular, os quais estão, ao que parece, muito ligados a preconceitos de gênero e a conteúdos simbólicos ligados aos medicamentos.

Ao longo da história, recomendaram-se abstinência, moderação ou ênfase na atividade sexual, inalações de odores desagradáveis e uso de pessários perfumados. Em dado momento foram indicados banhos, contra-indicados em outros. Até leituras entraram nesse rol, ora aprovadas, ora desaprovadas, pois em um momento eram tidas como terapêuticas, em outros como etiologia do mal que propunham tratar!

Algumas medidas continuariam até nossos dias, recomendadas textualmente ou não. Umas, milenares até, mostraram enorme persistência, tanto nas escolas médicas quanto no setor popular: embora seu modelo explicativo tenha caído em desuso há centenas de anos, ainda se mantêm, como é o caso da inalação de sal amoníaco ou da noz-moscada. Outras, mais agressivas, pouco admitidas, se empregam ainda hoje em serviços de pronto atendimento, como o famoso *tapa na cara* ou a *injeção de água destilada ou de éter,*[11] ambos tidos como de grande eficácia por médicos e outros profissionais, para acabar com o *fingimento de pacientes histéricos.* Na verdade, em minha vida, tanto como estudante de medicina quanto como profissional, não tive notícia de paciente do sexo masculino, histérico, haver recebido tapa na cara. Para mulheres, entretanto, eu mesma presenciei esse tipo de tratamento!

A década de 50 trouxe uma novidade terapêutica de enorme repercussão: os benzodiazepínicos, então introduzidos na prática médica psiquiátrica. Trata-se de medicamentos tranqüilizantes, de ação psicotrópica e efeitos sedativos, que provocaram o desenvolvimento de uma disciplina específica, a psicofarmacologia[12] e que hoje têm uso amplo e muitas vezes abusivo.

O controle não só das histéricas mas dos pacientes psiquiátricos em geral ganhou reforço com esse método químico de contenção. Para Szasz, seu uso confirma "a crença de que as perturbações psiquiátricas são doenças médicas, curáveis com medicamentos específicos" (Szasz, 1971:359).

Sua descoberta trouxe benefícios indiscutíveis para os pacientes e facilidades para os médicos,[13] porém provocaram uma iatrogenia específica, desencadeada, principalmente, pelo mau uso desse recurso terapêutico.

Esse grupo de drogas, embora não tendo banido definitivamente antigas práticas terapêuticas, tomou um assento definitivo junto a médicos e pacientes, como atesta a substância chamada diazepam (a mais conhecida representante dos diazepínicos), usada diariamente por muitos milhares de brasileiros de todas as camadas sociais. No

Brasil, existem pelo menos 228 produtos comerciais contendo benzodiazepínicos ou assemelhados. Drogas desse grupo, como o Valium®, o Lorax®, o Dienpax® etc. são bem conhecidas, tanto entre os médicos quanto entre leigos, e largamente utilizadas.

Não bastasse essa abundância, ainda:

> Há uma propaganda indiscriminada desses produtos (...). Um exemplo dessa difusão, em revista médica, apresenta uma propaganda cínica: uma moça bonita seminua, numa cama de casal em que o outro lado está propositalmente vazio (...). Após o uso do benzodiazepínico ela dorme muito bem (...). Estava angustiada, tensa, sentindo a falta de alguém (...). *Então tomou o remédio e dormiu, não precisa mais da companhia que lhe fazia falta.* (Carlini, 1995a:86) (grifo meu).

Portanto, não é de se estranhar que consultar um médico por *problema de nervos* pareça resultar quase sempre numa *receita azul*, conforme informaram as pacientes entrevistadas. Sua informação coincide também com o que se ouve mesmo de médicos:

> *Os caras por aí* [os outros médicos] *enchem esses pacientes* [sofredores de nervos] *de remédio, não adianta nada entupi-los de Lexotan®; eu, ao contrário, tenho me saído bem com um maracujá, uma melissa, qualquer desses chazinhos resolve esses casos; até Maracujina®* [14] *tenho dado para isso e dá certo.* (Médico, ilhéu)

> *Aquela mulher volta e meia liga no meio da noite e quer que eu vá ao consultório atendê-la... Era só o que me faltava! O jeito, para ela sossegar, é não deixar a receita azul faltar. Se ela aparece no posto de saúde, dou logo receita para uns dois meses.* (Ouvido por acaso, de um médico, a propósito de uma paciente de nervos)

Barros (1995) informa que os tranqüilizantes estão em quarto lugar em volume de vendas no Brasil, o que, se confrontado com as principais causas de adoecimento e morte,[15] evidencia o exagero com que são prescritos. Distorções no uso devem-se tanto a indicações quanto a doses imprecisas ou inadequadas e, principalmente, à duração do tratamento.

Essa situação não é nova. Uma das denúncias mais veementes é encontrada em Ilich: "Nessa situação de invasão farmacêutica, não é de surpreender que os tranqüilizantes sejam o tipo de arma que se amplia mais rapidamente" (Ilich, 197?a:52).

E a conseqüência previsível desse exagero impõe, segundo ele, um duplo roteiro para o médico:

> Cada vez mais o médico se vê em face de duas categorias de toxicômanos: à primeira ele prescreve drogas que criam hábito; à segunda dispensa cuidados para tratar de pessoas que se intoxicam por conta própria. (Ilich,197?b:56)

Nesta pesquisa, os achados coincidem com o que os outros pesquisadores têm mostrado: medicalização de problemas socioafetivos, econômicos e outros não passíveis de melhora com calmantes, erros na dosagem e uso prolongado de agentes psicoativos, com graus de dependência e iatrogênese variáveis (Gudex, 1991; Malavolta, 1994b; Rozemberg, 1994b; Lima & Esmeraldino, 1995b).

Mesmo o proprietário de uma farmácia pública no Campeche acha exageradas as receitas que recebe:

> *Essa* [paciente] *tinha um tempo que vinha demais aqui, não sei onde ela conseguia tanta receita azul, até nós falávamos para ela que assim* [tomando muitos calmantes] *iria se viciar, agora faz tempo que ela não vem...*
>
> *O que mais sai aqui é Lexotan®, antes era o Diazepam®... Lexotan® é o da moda agora...*

Algumas vezes, aquela outra paciente já veio com mais de uma receita no mesmo mês.

Além do poder simbólico de representar a saúde (Lefèvre, 1991a), o medicamento carrega outras propriedades semióticas: as pacientes, de maneira geral, negam o uso exagerado de calmantes, mas tal posse lhes confere uma espécie de autoridade e de poder, já que substâncias *fortes*, como elas mesmas reconhecem, passam a ser de sua competência, e tanto podem recorrer ao medicamento como bem lhes aprouver quanto podem socorrer pessoas em situações semelhantes às suas, ou, ainda, manipular o grupo familiar ou o de vizinhança, estabelecendo uma verdadeira rede de tráfico de medicamentos:

> *Tenho um vizinho que, quando falta o remédio para ele, eu empresto, senão ele fica louco e quer se matar, ele já esteve até na Colônia. Para ele eu empresto sim, que ele já toma há 25 anos! Só que às vezes o médico dele não quer dar a receita ou está viajando, aí eu empresto, depois ele pega as receitas dele e me traz de volta. Se eu não faço isso, ele pode até se matar.*
>
> *A médica já disse que estou dependente, também nove ano* [tomando calmantes], *né? Só tinha que viciar. Quando vou ficando só com uma caixa, vou enlouquecendo de medo de acabá e eu não ter outra receita, mas também não sou igual àquela* [a que tomou os comprimidos na frente dos médicos].
>
> *Eu sei que é forte, né? Mas por isso mesmo é que não gosto que falte em casa, se eu preciso. Ou, às vezes, eu posso ajudar uma pessoa que está passando por uns nervos, já que não tenho outro recurso mesmo. Posso valer com um remédio forte, bom para ela.* (Paciente)

Ter a medicação em casa permite que a própria paciente faça a profilaxia das crises, das suas e das prováveis crises dos outros. Talvez para os profissionais essa seja uma atitude até mesmo desejável:

> *Eu gosto de ter bastante remédio em casa, assim eu vou tomando como eu acho que é preciso. Mas também gosto de servir os outros, se acontece assim, por exemplo, uma morte de alguém conhecido quando eu vou na guarda eu já levo um pouco do calmante, se precisarem, se tiver alguém muito nervoso, eu pego e dou uns comprimido. Se a gente que é doente não tiver um pouco de sobra nessas horas, fica difícil ajudar, né?* (Paciente)
>
> *Às vezes, aqui em casa, eu digo: quem está nervoso são vocês! Aí eu pego do meu remédio e dou para as filhas, até o marido eu já fiz tomar uma vez para ele me dar sossego e não sair pro bar.* (Paciente)

Agora, se não tomo Diazepam, não posso ouvir uma notícia ruim, uma doença, uma morte de alguém, seja quem for, já me dá a crise. (Paciente)

Tem uma médica num posto de saúde que já me dá receita azul para uns meses. Ela diz: assim a senhora me dá um pouco de sossego! Mas não é só ela não, tem muito médico aí que quer ver a gente pelas costas, se eu lhe contar a senhora vai se arrepiar, que a senhora é médica também, pode não gostar da gente contar isso. (Paciente)

A maioria dos médicos não está nem aí se a pessoa vai ou não melhorar, se pode se matar com o remédio ou dar para um que não pode tomar aquilo, eles dão receita para muito remédio que é para a pessoa que sofre de nervos ficar bastante tempo sem voltar. Também, coitados! Eles também cansam de tanto atender gente com nervos! (Informante)

Entre as entrevistadas, apenas duas pacientes demonstraram ter algum conhecimento sobre os efeitos colaterais e a necessidade de prudência em seu uso, até mesmo recusando-os, como contou uma delas:

Eu tinha um barulho no ouvido, tomava calmante por causa disso, mas não gostava de calmante, me deixava ruim; depois um psicólogo me ensinou controlar com a respiração e uns chá, de chá eu gosto, do cheirinho de mato, de alecrim, de cidreira, dá uma sensação de paz, um macumbeiro que eu fui uma vez também mandou tomar chá; sei lá, de chá eu gosto, acho que faz bem e não tem perigo que nem calmante, de viciar ou fazer mal, não sei...

Algumas pacientes contam que no início de seus tratamentos tinham medo de "remédio controlado, porque eles são fortes", mas que os próprios médicos e alguns balconistas de farmácia lhes garantiram tratar-se de "remédios bons; bom para ter em casa, que não viciam, nem fazem mal, só acalmam ou ajudam a dormir". Porém, uma autoridade em farmacologia diz o contrário:

A abstinência aos benzodiazepínicos, principalmente aqueles de curta e média ação (triazolam, midazolam, lorazepam, etc.), tem sido cada vez mais descrita na literatura. Nos casos mais graves são observadas alucinações, convulsões generalizadas, e depressão geral da consciência. Entretanto, *são muitos os casos* de descrições de síndromes e abstinência *após a retirada de benzodiazepínicos de ação longa, como o diazepam e o clordiazepóxido.* (Carlini, 1995b:96) (grifo meu)

Atualmente, a título de profilaxia da dependência, a Organização Mundial da Saúde vem recomendando que a terapêutica com benzodiazepínicos *não deve ultrapassar quatro semanas em qualquer circunstância.* (Carlini, 1995c:96) (grifo meu)

A abordagem terapêutica evidencia uma grosseira incongruência entre o diagnóstico e o tratamento, pois ao mesmo tempo que o médico diz "isso não é nada!", não se dispondo a dar um pouco de atenção que seja à paciente, dá-lhe receitas azuis a mancheias, sem certeza alguma do uso que ela possa fazer da fartura de psicotrópicos.

Uma perspectiva que certamente pode contribuir para que se entenda melhor a complexidade da análise da prescrição médica é a apresentada por Lefèvre (1991b) em seu livro *O Medicamento como Mercadoria Simbólica.* Considerando-se, como ele propõe, que:

> Portanto, não se nega – o que seria um absurdo – que o medicamento cura, controla e previne (dimensão quimioterápica/médica); não se afirma simplesmente que aliena e domina (dimensão social e psicossocial) e que representa e simboliza (dimensão semiótica e simbólica). É pois dentro desta perspectiva mais ampla que buscamos entender o objeto medicamento, localizando-o em regiões mais críticas do tecido social das formações sociais capitalistas como a brasileira, o que implica *entendê-lo como uma mercadoria, que traduz um processo de reificação da saúde; como um agente quimioterápico, que funciona aliviando, curando e controlando processos mórbidos do organismo e como símbolo que permite que a saúde (ou, mais precisamente, a saúde "biologizada") esteja representada no medicamento.* (Lefèvre, 1991c:19) (grifo meu)

> Buscando-se razões para uma prescrição aparentemente excessiva de calmantes, dentro do espaço de explanação proposto por esse autor, poder-se-ia levar em conta que, para o médico, o medicamento, além de, obviamente, simbolizar a saúde ou a cura, simboliza a própria relação terapêutica, e a mantém mesmo diante de sua insegurança. Reproduz, ainda para o médico, o poder que o medicamento tem para o paciente, na medida em que é ele quem o prescreve e, por meio da sua prescrição, administra esse poder (Lefèvre, 1991d).

A situação mais grave quanto à prescrição medicamentosa encontrada na presente pesquisa diz respeito à forma de como o serviço público de saúde de Florianópolis, para tentar coibir o seu abuso, organizou a distribuição de receitas azuis: os pacientes de *nervos* eram, à época da pesquisa, encaminhados a um psiquiatra da rede pública uma vez por semestre. O psiquiatra, após uma consulta rápida,[16] avaliava o problema e fornecia uma autorização para a prescrição de psicotrópicos, válida por seis meses, que lhes permitia pegar receita uma vez por mês e, eventualmente, o medicamento também (gratuito), em qualquer centro de saúde do município, independentemente de serem examinados por um médico. A prática comum, segundo a pesquisa, era a de a paciente, estando de posse de uma autorização, percorrer vários postos da ilha, e mesmo do continente, em busca de receitas, e colecionar em casa remédios ou receitas prontas para serem aviadas.[17]

Porém, *nervos ca*rrega muito mais significados do que aqueles propostos para a histeria ou a própria concepção médica de *nervos,* calcada na negação – "isso não é nada" – ou no preconceito – "ela precisa é de homem!". E, ao romper os limites desse modelo explicativo biomédico, exige mais do que a abordagem medicamentosa e não aceita a negação que lhe é sistematicamente imposta nas consultas – "não é nada, é só nervos..." –, contrapondo-a freqüentemente à prática da prescrição:

> *Mas se eles* [os médicos] *dizem para a gente que nervos não é nada, que é só a gente se controlar, por que dão tanta receita de remédio azul? Por que eles não ensinam como fazer para se controlar? Parece que só querem se ver livres da gente!* (Paciente)

Eu não fico sem meus remédios da receita azul, já viciei e a culpa foi dos médicos mesmo, eles vivem dizendo que isso que eu tenho não é doença, mas eles mesmos entopem a gente até se viciar. (Paciente)

Evidenciou-se que, ao menos da perspectiva das pacientes e de seus familiares, a medicalização de problemas sociais tem funcionado como solução para o médico, pois as pacientes, a despeito do uso de calmantes, continuam a ter crises. Voltam para a sociedade seu gume mais afiado, qual seja, o do agravamento do sofrimento dos *nervos* com a adição medicamentosa, criando cada vez mais viciados em drogas legais, iatrogenicamente cevados pelos seus médicos, o que nos remete ao comentário, já mencionado, de Ilich. E a trabalhos mais recentes, como o de Vargas, que coloca em pauta a responsabilidade médica na drogadição com drogas legais, ou seja, na *criação* de novos drogaditos a partir da prescrição das drogas ditas *lícitas*, medicamentos que criam hábito e por isso viciam os seus usuários. O autor afirma, inclusive, crer que "jamais se incitou tanto ao consumo de entorpecentes, *nunca seu uso foi tão prescrito e estimulado como nos tempos atuais*" (Vargas, 1999:122) (grifo meu).

Deixando a questão terapêutica dos *nervos* ainda aberta para reflexão e discussão futuras, consigno aqui a opinião de um médico que atua na ilha (aquele que se mostrou sensível à problemática dos *nervos*) sobre o uso de benzodiazepínicos, também qualificado por ele como abusivo:

Os médicos que dão benzodiazepínicos represam o rio ou querem que ele corra contra seu curso natural, por isso o tratamento não é eficaz. Já as benzedeiras deixam o rio correr livremente e sua atenção é melhor, nesses casos. Os diazepínicos propiciam uma passagem da vida cotidiana, problemática, para um local imaginário no qual ela pode viajar e se sentir bem.[18] *O diazepínico para a mulher e o álcool ou outras drogas para o homem é a vagina, a passagem que propicia o nascimento, a passagem para o imaginário, para esse lugar sem problemas, o gargalo do funil. A benzedeira não faz isso, ela deixa o rio fluir e a situação que gerou o nervoso se resolver, porque, com o remédio, ela persiste, e, quando falta, a paciente é trazida de volta, abruptamente, para o mundo real, onde estão os seus problemas, à espera de serem resolvidos, e começa tudo de novo...*

NOTAS

1 Deve-se levar em conta que o modelo biomédico que caracteriza o modelo oficial de assistência médica vigente no país é baseado no modelo flexneriano, no qual os fundamentos cartesianos são acentuados, conferindo-lhe, além da postura mecanicista e biológica, um caráter individualista. Decorre daí sua organização em especialidades cada vez mais fragmentadas e fragmentadoras e sua preocupação com a cura. É o que se chama em saúde pública de modelo assistencial flexneriano de inspiração positivista.

2 Seria desejável que o fizesse de fontes primárias, porém, dificuldades de várias ordens, entre as quais a impossibilidade momentânea de a elas ter acesso, levaram-me a uma revisão histórica parcial, baseada em alguns autores, e. g. Foucault (1993), Israël (1995), Porter (1993), Szasz (1971), Trillat (1991) e Veith (1973), que se têm ocupado da histeria e da loucura.

3 No meio médico, vez ou outra isso ainda é considerado.

4 Para ele, a emoção atua mais no nível visceral, na musculatura (motricidade digestiva), na motricidade vascular (vasoconstrição, vasodilatação, taquicardia, hipertensão arterial), motricidade respiratória (taquipnéia diafragmática ou intercostal, espasmo brônquico); lágrimas, riso, animia também fazem parte das manifestações de emoção. A emotividade, por sua vez, se distingue da emoção: indica o modo particular de reagir, manifestações privilegiadas de certos indivíduos diante de situações exteriores e de excitações (cf. Dejours, 1988).

5 Acrescento: é quase certo que esse grupo não precisará da medicação, a não ser, em raros casos, por curtíssimo período de tempo.

6 *Piti*, de pitiático, histérico, que tem sintomas que aparecem pela sugestão e desaparecem pela persuasão (cf. Ferreira, 1960); *psi*, radical que se refere a alma, espírito, aqui usado pejorativamente para indicar os que nada têm de sofrimento organicamente localizável.

7 Enfatizo a expressão por ser muito usada pelos médicos para se dirigir aos pacientes. A meu ver, essa forma, mais apropriada às crianças, faz parte de um processo de desvalorização do paciente, não só de suas queixas, mas também de seu conhecimento.

8 Utilizo o termo *subcultura médica* sem outras conotações conceituais, querendo apenas aproveitar da praticidade da expressão para me referir a aspectos restritos da cultura, próprios de um segmento da sociedade, no caso o profissional biomédico.

9 Ponto de vista é, como diz Lefèvre (1991), o ponto no espaço, no caso, sociocultural, de onde alguém vê o mundo e que condiciona, determina, limita o que ele vê.

10 As referências sobre psicotrópicos ou sobre tratamentos psiquiátricos, psicológicos e psicanalíticos nas bases de dados bibliográficos de qualquer biblioteca da área de saúde são quase inesgotáveis, o que torna a revisão bibliográfica uma tarefa hercúlea.

11 Em 1997, o jornal *Folha do Paraná* publicou a história de uma mãe que, em Foz do Iguaçu, PR, num serviço público de saúde, recebeu uma injeção de éter (muito dolorosa) na região tibial, dada, segundo ela, pelo médico, para acalmá-la; ela estaria, segundo ele, muito *nervosa*. Ela, ao contrário, afirmava que só estava preocupada com o estado de saúde de seu filho. No local da injeção houve necrose e este era o motivo da denúncia que ela fazia, pois estava sujeita, em decorrência dessa lesão, a ter de fazer um enxerto (França, 1997).

12 Carlini (1995) assinala que o uso desse termo é muito anterior ao surgimento desse grupo de medicamentos: em 1545, foi publicado um livro intitulado *Psycopharmackom*, de cunho teológico, que se propunha ensinar as pessoas a bem viver para bem morrer.

13 Piadinha recorrente em serviços de pronto atendimento: o paciente ganhou uma receita de calmantes para que o médico pudesse dormir (e não ser incomodado por um piti).

14 A maioria dos médicos considera este produto não ético por ser de venda livre e fazer parte de um receituário popular, de automedicação, no sentido amplo do termo.

15 As principais causas de adoecimento e morte, no Brasil, são ainda as doenças infecciosas e o crescimento mais recente das doenças crônico-degenerativas, como pode ser verificado no *Boletim Epidemiológico*, publicação regular do Ministério da Saúde do Brasil.

16 Pacientes e familiares insistiam nisso, muitos dizendo terem registrado, observando o relógio, que as consultas não chegavam a 15 minutos de duração.

17 Ao final da pesquisa de campo ela foi apresentada, a pedido, para a equipe então atuante no Centro de Saúde do Campeche. Na reunião, evidenciou-se que os profissionais de saúde desconheciam as peculiaridades da obtenção, uso e manipulação das receitas de psicotrópicos pelas *nervos*as e demais pacientes. A informação causou grande preocupação entre eles e motivou que assumissem o compromisso de levar o fato ao conhecimento de seus supervisores, com a proposta de discutir uma forma de estabelecer um controle rigoroso do fornecimento de receitas azuis e de medicamentos controlados.

18 Irônico, acrescentou: onde há um homem de capa preta montado num fogão Brastemp® à espera dela. Aludia ao sonho do príncipe encantado e a um sonho de consumo das mulheres, fartamente alimentado pela mídia televisiva na época.

4

Buscando uma Compreensão para os Nervos das Mulheres

Gênero e Saúde

Através dos séculos, uma poderosa ideologia foi construída para determinar a imagem da mulher e seu papel na vida social: conceitos de inferioridade, emotividade, *falta de lógica e fragilidade, refletidos nas diversas instituições sociais, limitando o pleno desenvolvimento da capacidade feminina em igualdade de condições com os homens. Também desenvolveram-se as noções* de saber e autoridade masculina, de posse do homem sobre o corpo e os atos da mulher. *Até hoje o sistema aplica leis e usa mitos, alimenta costumes e usos, estabelece toda uma cultura para instrumentalizar a repressão à mulher.* (grifos meus)

Prochmanm

Homens e mulheres, é inegável, diferenciam-se biologicamente; porém, suas diferenças recebem amplo reforço e suas similaridades esmaecem-se sob a ótica cultural, em especial nas sociedades machistas como a nossa (cf. Wallen, 1979; Costa, 1983b, entre outros).

Numa obra dirigida ao público feminino, Witkin-Lanoil (1985b) mostra que a biologia feminina expõe a mulher, diferentemente do homem, a ciclos, hormônios e funções que a tornam mais vulnerável a muitos agravos: o homem *não* menstrua, *não* engravida, *não* pare, *não* tem útero caído ou cistocele, *não* sofre com os calorões ou passa por mudanças tão dramáticas quanto as da menopausa, *não* amamenta, *não* tem TPM... Por não maternar, o homem não sofre alguns constrangimentos culturais, como ter de provar seu estado civil, a ausência de gravidez, a virgindade...

Porque a cultura valoriza, a mulher precisará ser *feminina* e atraente, porém, jamais *oferecida*; terá de ajudar na economia doméstica com seu salário, mas sem descuidar jamais de ser boa dona de casa, mãe carinhosa e, sobretudo, uma boa mulher para seu homem. É bom que ela seja afirmativa mas nunca agressiva, que seja responsável mas mantenha um espírito pueril para deleite dos homens...

E, em geral, cabem ainda à mulher algumas tarefas extras ligadas também ao ciclo da vida: cuidar dos velhos e das crianças, dos deficientes físicos e mentais, ser professora de pré-escola e das classes de alfabetização, compor a maioria da mão-de-obra nos hospitais, asilos e assemelhados.

Num libreto popular que propõe apresentar os melhores pensamentos sobre as mulheres, encontra-se o seguinte:

"Ninguém se opõe a uma mulher que é uma boa escritora, escultora ou geneticista se ao mesmo tempo ela conseguir ser boa esposa, boa mãe, ter boa aparência, bom temperamento, enfeitar-se bem e ser pouco agressiva" (Leslie McIntyre apud Hexley, 1996).

Vê-se que cultura e a biologia se imbricam de forma a proporcionar reforço recíproco uma à outra, e a criar condições para que se possa falar de situações ligadas à saúde/doença que excedam ao pólo biológico dessa relação, tornando necessário que se procure no outro pólo a lógica de seu aparecimento. Tal é o caso dos *nervos*, que, embora não exclusivo do sexo feminino, parece nele predominar e, valendo-se das suas particularidades fisiológicas, apresentar uma exuberância de *manifestações* e de usos culturais não vista entre os homens *nervosos*.

Freud repôs (e advogou) tratamento catártico para a histeria e desordens *nervos*as relacionadas com o método psicanalítico. Significativamente, a vulnerabilidade feminina (baseada no útero) tem sido reposta com um equivalente psicológico. A teoria psicanalítica falocêntrica reivindica que desordens mentais e comportamentais femininas originam-se do desajustamento de seu papel feminino e sua fisiologia *falha* (carente). Embora algo renomeada, a forte associação entre mulheres e *nervos* continua (Cayleff, 1988b).

Gênero e Iniqüidades na Saúde

Já se comprovou, no que diz respeito às mulheres, que gênero constitui uma variável preditiva de morbidade, junto com outras variáveis socioeconômicas com as quais está inter-relacionado, como índices de emprego e desemprego, estado civil renda etc. (e. g. Dohrenwend & Dohrenwend, 1976; Haavio-Manilla, 1986; Krieger, 1990; Zadoroznyj & Svarstad, 1990; Arber, 1991; Anson et al., 1993; McEwam, 1993; Walters, 1993).

Além disso, gênero tem motivado o atendimento diferenciado na assistência médica, seja pela especificidade de características médico-fisiológicas, seja pelos preconceitos e estereótipos médicos a ele ligados. Estudos como o de Zoccolillo & Cloninger (1986) mostram que, entre mulheres que somatizam, há um número excessivo de internações hospitalares e intervenções cirúrgicas, por eles atribuído à deficiência de informação na educação médica, em especial nos livros-texto de medicina. Os dados desses autores, que revisam a literatura sobre o assunto desde 1951, mostram que mulheres somatizadoras são duas vezes mais operadas do que as *clinicamente* doentes, e três vezes mais do que as sadias!

Existe ainda extenso rol de publicações que mostram que, além das iniqüidades decorrentes de condições socioeconômicas, como desemprego ou subemprego, baixo poder aquisitivo e outras, as mulheres sofrem, ainda, algumas paradoxais, como, por exemplo, receber com mais freqüência o rótulo de *somatizadoras* e, em contrapartida, quando se trata de prever a evolução do caso, ser-lhes dirigido maior número de prognósticos sombrios!

Já mencionei o fato de que em minha formação médica também fui treinada para considerar grave, por princípio, um caso masculino de uma pessoa aparentemente em coma, mas a pensar em piti, em primeiro lugar, se for uma mulher. Recentemente, uma nota em um jornal nacional de grande circulação, cuja chamada era "Enfartadas e confusas", informava que as mulheres demoram mais a chegar ao hospital quando apresentam sintomas de infarto e que lá não são atendidas com urgência, porque os médicos não reconhecem (nas mulheres!) tais sintomas de ataque no coração, pois estão acostumados a considerá-las somatizadoras e, como tal, não merecedoras de cuidados imediatos! (*Jornal do Brasil*, 1998).

O que se passa com o atendimento às *nervosas* nos serviços médicos é sintomático das outras iniqüidades ligadas a gênero; até mesmo a receita azul permite perceber o recorte de gênero e suas implicações práticas: "Aqui, de quatro receitas azuis, três são paras mulheres e só uma para homem. É... umas três receitas chegam por semana. Não que as mulheres sejam mais fracas ou os homens mais fortes..." (dono de farmácia no Campeche).

Destacando *nervos* na multiplicidade de afecções que podem atingir as mulheres, a pesquisa mostrou como elas próprias se sentem em relação à biomedicina e como esta as trata, ensejando que um olhar perscrutador e crítico estendesse a reflexão para outras situações. Assim, *nervos* serviu de mote para se pensar sobre as iniqüidades no atendimento à saúde derivadas das questões de gênero, tais como as já comentadas.

Nervos como um Problema das Mulheres

> *A sociedade em que vivemos está estruturada para o homem e pelo homem, motivo pelo qual a identidade da mulher é fragmentada pelas várias funções que desenvolve. A mulher não é reconhecida a não ser em sua função reprodutora. Reduzida a essa, sofre as repercussões dessa limitação, e se escapa do mundo doméstico, sofre a esquizofrenia da inserção na produção, em oposição às tarefas de casa. Tudo isso repercute em sua saúde mental e ela fala através do seu corpo dos problemas que não pode expressar e que estão inscritos na ordem patriarcal. Entretanto, o reconhecimento desse problema não passa pela simples reivindicação de igualdade, e sim pelo respeito à diferença.*
>
> Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, outubro de 1986, Relatório Final

O *nervoso* não é um atributo feminino, tanto que em nosso país os autores que o têm abordado – como Duarte, Costa, Scheper-Hughes, Souza, Mombelli (1992b), entre outros – mostram tanto homens quanto mulheres *atacados dos nervos*. Porém, esses autores e outros, em pesquisas na Ilha de Santa Catarina que, embora não direcionadas ao *nervoso*, o observaram em proporções alarmantes (e. g. Elsen, 1984), também mostram que o problema apresenta maior incidência entre as mulheres. Cogitam a hipótese de que os homens disporiam de mais válvulas de escape socialmente sancionadas, como o álcool, a maior freqüência aos espaços públicos, o maior convívio com amigos e que, sobretudo, estariam expostos a menor sobrecarga de tarefas estressantes como, por exemplo, o cuidado dos filhos, que é atribuição feminina. São explicações e, ao que parece, diferenças atribuíveis à variável sexo, semelhantes às referidas por O'Nell & Selby (1968b) para o *susto* em povoados zapatecos no México.

Na visão das próprias pacientes, o *nervoso* pode incidir indistintamente em homens ou mulheres, mas lhes parece que a exteriorização do sofrimento feminino é mais fácil, talvez socialmente mais legítima:

> Eu conheço homens e mulheres que sofrem; só que nós, mulheres, contamos o que sentimos e não temos vergonha, e eles não, são mais fechados; mas quando ocorre a doença eles cedem, porque nervos é fogo, é uma crise terrível, aí não tem homem nem mulher, naquelas horas nos tornamos frágeis e com medo de tudo; o que queremos é ser ajudados de qualquer forma! (Texto de paciente)

Elas também entendem que para os homens estejam disponíveis, socialmente, mais válvulas de escape para as tensões cotidianas do que para as mulheres. O mesmo pensava o dono da farmácia local: "eu acho que os homens têm mais formas de espairecer, saem, vão para o bar, bebem um pouco, fumam, conversam, vão pescar, e as mulheres não têm isso".

Relacionar *nervos e nervosismo* com as mulheres é coisa corriqueira, meio anedótica até. O vulgo o faz diuturnamente, sem nem pensar mais nas razões que o levaram a assim proceder. No entanto, o *nervoso*, mesmo não sendo seu predicado exclusivo, se abate sobre elas com freqüência, e são as mulheres que, em nosso meio, costumam deixá-lo manifestar-se nas suas formas menos dissimuladas, mais abertas e exuberantes:

> *Meu tio mesmo sofre dos nervos, só que acham que para um homem dizer que sofre dos nervos fica muito feio, então na frente dos outros ele se controla, só estoura com a mulher e os filhos. Já uma mulher, não, não se segura (...). Se precisa gritar, grita, se bate, não consegue ficar quieta; se está estourando por dentro, estoura para fora também.* (Paciente)

> *Sei de uns* [homens] *que sofrem dos nervos, vivem tomando remédio controlado, mas a gente nunca viu eles fazerem barulho que nem uma mulher que seja nervosa. Já vi umas serem levadas no posto de saúde arrancando as roupas, berrando que nem animal, gritando o tempo todo, sem ninguém entender nada. Só acalmam com uma injeção de calmante, aí se aquietam um pouco!* (Informante)

Acho que é da natureza das mulheres terem o nervo assim, parece que não podemos segurar. Os homens parece que podem sofrer mais calados. (Paciente)

Mas havia quem percebesse a ação da cultura implícita na possibilidade, ou na impossibilidade, de alguém se expressar por meio de uma crise de *nervos*:

Ah, claro que eles também têm problemas, só que se um homem se agitar assim que nem uma mulher nervosa, passa muita vergonha, né? (Informante)

Ora, se um homem se atacar assim [como uma mulher] *dos nervos, vai parar na Colônia.* (Informante masculino)[1]

É próprio dos homens serem assim, mais agitados, mas isso não quer dizer que sofram como a gente, é o jeito deles mesmo, se um homem não é assim, aí é que é estranho. (Paciente)

Razões para predispô-las à suscetibilidade ao *nervoso* estão presentes em toda a literatura que trata de mulheres e dos seus papéis. Inicialmente, buscava-se na biologia aval para posições a respeito da mulher. Esse aval lhes conferia, em geral, condições de desigualdade (com implicação de inferioridade) perante os homens, decorrentes de sua diferença biológica. As posições mais atuais procuram desnaturalizar a questão, deslocando o eixo da biologia para a cultura, espaço no qual é construído o conceito de gênero que adotei neste trabalho.

Reconhecendo que masculinidade e feminilidade não são atinentes ao sexo, mas ditadas pela cultura, ao falar de gênero refiro-me também às construções simbólicas do feminino e do masculino, das articulações de poder, da dominação tradicional das mulheres pelos homens e do espaço de poder feminino no interior de cada cultura (Grossi & Miguel, 1990).

Em *O Autoritarismo e a Mulher: o jogo da dominação macho-fêmea no Brasil*, d'Ávila Neto (1978) localizou as origens dessa dominação na permanência de traços da sociedade patriarcal, mesmo no meio urbano atual, da qual derivaram também os preconceitos, os tabus e os complexos (eu preferiria conceitos) de virilidade e virgindade. O autor analisa ainda a forma como a evolução dos papéis funda-se em estereotipias, como a ligada ao mundo do trabalho: há carreiras masculinas e carreiras femininas.

Há referências na literatura médica e antropológica à correlação entre fatos ou períodos da vida fisiológica da mulher, tais como os ligados à reprodução (menarca, ciclos menstruais, gravidez, puerpério etc.), e as perturbações, sendo que uma das mais comumente apontadas é o *nervoso*.

Quando eu fiquei moça eu estava trabalhando, aí vinha aquela borra... parou a menstruação. Eu não falei nada para a patroa, eu não era de contar mesmo. Aí passei o dia inteiro co'aquela dor. (Paciente)

Nas gravidez, desde o primeiro dia eu sabia que estava grávida, tudo se acabava para mim, desde a primeira foi assim (...) às vezes a menstruação continuava a vir, noutras dava outros sintomas, mas sempre eu tinha problema e os nervo incomodando. (Paciente)

Até hoje eu acho que todo esse meu problema foi por causa de abortar uma filha, que até hoje eu não me esqueço, eu tenho a consciência pesada por causa disso (...) Comecei com isso [com as crises de nervos] *acho que porque fiquei com aquilo* [o aborto] *na minha cabeça.* (Paciente)

Este trabalho não comportaria um levantamento extenso de toda a vasta bibliografia, de fundo conceitual, que se acumulou em torno da discussão sobre gênero no Brasil e suas implicações sobre o papel feminino. Apontei, modestamente, apenas as questões mais básicas, relacionadas ao problema do *nervoso*.

O Nervo Cala, o Nervo Fala: o nervoso como linguagem social

Fico com nervo, que não consigo falar, o que até é bom, porque às vezes quando está nervoso a gente fala o que não deve, dá arrependimento depois.
(Paciente)

O *nervoso*, por ser socialmente reconhecido, e, portanto, abordado dentro de padrões terapêuticos e de comportamento próprios, corresponderia ao que Verani & Morgado (1991a) chamam de síndrome cultural: um fenômeno com implicações de várias ordens, inclusive a biológica, que a cultura local define com mais precisão do que a medicina ou a epidemiologia, por localizar a relação entre indivíduo e sociedade no contexto da articulação da cultura com a biologia.

Constituindo uma linguagem e um discurso socialmente compreensíveis e aceitos, tal fenômeno permite que os circunstantes saibam o que o doente está expressando por meio dele e ajam de acordo com esse significado. Condensa uma experiência pessoal na vida social, funcionando como um idioma social reconhecido e permitindo ao doente o acesso a uma situação de privilégio: atenção especial, alívio de certas obrigações, proteção, divisão não usual de tarefas etc.

Como representação social, o *nervoso* é um fato coletivo, ou seja, tem um significado que tanto atinge quanto é compreendido por qualquer pessoa a qualquer tempo.

Como idioma, o *nervoso* pode demonstrar experiências semanticamente expressas e redes de interação social, permitindo ainda que se destaquem da vida social alguns papéis que dele se utilizam com freqüência, como os femininos. Tem usos e finalidades. Pode demonstrar opressão *da* ou *na* vida diária, problemas da sexualidade, dificuldades de relacionamento social etc. Por isso, o interesse em relacionar suas causas aos seus significados, considerando-se que a doença não é um acontecimento meramente biológico, mas um acontecimento que expressa uma conjuntura pessoal, social ou política adversa:

Sou o homem e a mulher da casa, dobra tudo pra a gente que é sozinha. (Paciente)

O poblema dos nervo é horrível porque é uma falta de amor, de carinho, sei lá ... (Paciente)

Teve um tempo que ele bebia, me incomodava demais, eu chorava muito, meu consolo era chorar. (Paciente)

A síndrome pode representar um meio de expressão de insatisfação ou de funcionamento social inadequado:

Eu não podia ver nada velho dentro da minha casa que me dava vontade de meter os pé, eu chegava... Até o dia que eu quebrei duas cadeira e uma mesa e então o meu marido comprou tudo novo. (Paciente)

Se a gente está mal, quer mesmo é que todo mundo saiba, parece que a gente tem que dizer de algum jeito que as coisas não vão bem. Aí se a gente não consegue falar, no começo da crise parece que eu fico muda, ou eles não prestam atenção, dá aquela vontade de gritar, de sair que nem louca, berrando. Parece que nunca mais a gente vai ter controle sobre aquilo... só quer berrar mesmo! (Paciente)
Às vezes eu quero guardar uma coisa, assim um fato só para mim, por exemplo uma má palavra de alguém. Mas aí, o nervo me ataca, eu fico sem poder falar, mas mesmo que fique muda, todo mundo sabe, é como se eu ficasse dizendo pra todos o que tá se passando. (Paciente)

Aqueles casos em que há lesão orgânica, como a hipertensão arterial, as úlceras pépticas e outros mostram que a patologia serviu de significante ao qual foi atribuído significado social e cultural pelos nativos. Casos assim reforçam, social e culturalmente, a síndrome (Verani & Morgado, 1991b), por darem uma expressão corporalizada, culturalmente informada de conjunturas pessoais, sociais ou cosmológicas adversas.

Ele [o médico] *me examinou, mandou tirar radiografia, aí na radiografia deu a coluna desviada, deu bico-de-papagaio, deu não sei o que mais, que já estava com coisas incuráveis* (Paciente)

E, em outra ocasião:

Elas mediram a minha pressão, que estava bem alterada, estava alta, né? Também, do jeito que eu estava, como estavam os meus nervos, né? (Paciente)

Nervos como Cena num Drama Relacional

Levar a representação às últimas conseqüências.
O que fazemos todos os dias (representar) mal e porcamente, o que nos humaniza, assim cheios de pontas irresolvidas que somos... (grifo meu)
Cristóvão Tezza

Na sua multiplicidade de apresentações, usos e finalidades, pude compreender os casos de *nervos* entre as mulheres do Campeche como atos ou cenas representativas de crises dentro dos dramas sociais que se desenvolvem à custa de situações relacionais, as quais demandam formas coletivas de resolver ou de reequilibrar o grupo social envolvido.

A *cena dos nervos*, nesse caso, faria parte de um jogo relacional, ligado principalmente a relações conjugais. Como parte do drama, levava ao ápice dramático quando esse jogo deixava de ser suficiente para manter mais ou menos equilibrados os participantes. Poderia, nesse caso, ser entendida como um equivalente da *cena* barthesiana: "A cena é, pois, interminável, como a linguagem: ela é a própria linguagem, apreendida no seu infinito, essa adoração perpétua que faz com que, desde que o homem existe, *isso não pare de falar*" (Barthes, 1991:38) (grifos do autor). Ou da *cena* descrita por Gregori em *Cenas e Queixas* (Gregori, 1989), que, além *de preparar a guerra*, abriria espaço para que a vítima emitisse seu pedido de socorro e que a relação se reequilibrasse.

O *sofrimento de nervos*, por vezes, atuaria assim, em suas inúmeras recorrências, como uma espécie de estribilho dramático, um solo denunciador, secundado por muitas vozes que se rendem às suas ordenações enviesadas:

> *Eles não tavam nem ligando para o que eu dizia... Mas daí, quando comecei a gritar que nem uma louca e a me bater, que eu não conseguia me segurar mais, eles tiveram que me acudir, senão eu ia cair da escada, então eu disse: é só assim que vocês me escutam? Quando eu peço para me ajudarem a pendurar a roupa, que eu não posso tomar sol que me dá a tontura, vocês fazem de conta que não escutam ou não acreditam, então é preciso eu cair para virem me acudir?* (Paciente)

> *Parece que só me ouvem quando eu estou ruim mesmo, se pego gritar e me bater, aí sim, correm me ajudar, saber o que eu quero. Por que não vêm antes, quando eu peço?* (Paciente)

> *Os filhos dela andam por aí, nem ligam para a mãe, só ficam por casa e ajudam quando dá as crises nela.* (Informante)

Narrando suas dores e mal-estares, as pacientes mostram que sua vida é um caleidoscópio de sintomas cujos significados giram com eles e se recombinam na mesma medida, gerando a cada episódio uma nova interpretação ou uma nova necessidade. Nesse ponto, na representação do drama da existência concreta da vida de cada uma, é que parece situar-se a grande diferença entre *nervos* e o diagnóstico médico que o reduz à histeria e trata-o com toda a carga dos preconceitos historicamente acumulados.

Nervos insiste em *exibir*, em tornar públicos os dramas da vida privada, buscando reanimar, refazer os liames de uma rede social que em certos momentos se afrouxa.

Nervos medicalizado simplesmente, domesticado pelas drogas (em que pesem ser medicamentosas), perde essa visibilidade social, tirando de cena não só um dos atores mais destacados, mas o próprio drama social.

Nervos e Violência

Ora, se utilizamos o conceito de gênero como categoria analítica das relações homem/mulher, é evidente que masculino e feminino são construções simbólicas e históricas que inexistem separadamente. Portanto, o imaginário e o uso da violência nas relações de gênero implica, sim, uma relação concreta entre cada mulher e cada homem em cada relação conjugal/emocional determinada, relação da qual as mulheres são participantes ativas *e não passivas do desejo alheio. O lugar de passividade* pode *fazer parte do jogo relacional, mas não necessariamente remeter a uma visão estática de um feminino a-histórico e a-cultural.* (grifos meus)

Grossi

A protagonista do drama dos *nervos*, pela manipulação que exerce sobre os outros atores, ou pelo menos sobre um deles, aquele com quem o seu relacionamento está mais comprometido (no sentido duplo de ser aquele cuja atenção a interessa mais e, ao mesmo tempo, aquele que mais a afeta, mais lhe causa mal-estar), age com violência, se a tomarmos pela definição de Chauí:

> Em primeiro lugar, como conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade, com fins de dominação, de exploração e de opressão. Isto é, a conversão de diferentes em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior. Em segundo lugar, como a ação que trata o ser humano não como sujeito mas como uma coisa. Este se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio, de modo que, quando a atividade e a fala de outrem são impedidas ou anuladas, há violência. (Chauí, 1985:35)

Assim, a crise pessoal e/ou social, representada pela cena dos *nervos*, teria um potencial coercitivo, subliminar talvez, distinto de outras formas de exercer violência (como as físicas, por exemplo). Mas pode igualmente manipular os circunstantes, fazendo com que ajam contra a vontade, só para amenizar a crise e permitir seu refluxo:

> *Não quero que ninguém fale comigo* [na crise] *e eles* [marido e filhas] *ficam no desespero, não sabem o que fazer. Ele pergunta: o que você quer que eu faça? Diga o que você quer, eu faço o que você quiser.* (Paciente)

> *Vocês não me escutaram não? (...) Agora, daqui para frente, eu não vou gritar mais (...), então vou deixar quebrar, de algum jeito, ou da pancada ou de bater em algum lugar, vou deixar quebrar minha cabeça... para eles sofrer! Tem que sofrer, eu vou sofrer, mas quem vai sofrer também são eles, porque não tão nem aí... mas pelo menos eu vou ter que ficar mais tempo na cama e não sei como eles vão poder sem mim, como vão se arranjar...* (Paciente)

Meu marido e meus filhos, pra não me dar uma crise, fazem coisas que não fariam nem por muito dinheiro... coisas que outros homens não são capazes de fazer, nem pra ajudar a própria mãe. (Paciente)

O marido infiel ou desinteressado da esposa, que conta com o aval dos padrões locais para ter casos com outras mulheres ou para demorar-se nos bares e pontos de encontro dos homens, pode ser *arrastado* de volta para casa para atender uma mulher doente:

Aí me deu dez crises dessas, todas as dez deram às seis da tarde [pouco antes da chegada do marido, que por essa época estava com uma nova amante e costumava visitá-la nesse horário; com a repetição das crises da esposa, ele deixou de fazer isso, vindo para casa tão logo deixava seu labor]. *Aí eles me mandaram para o hospital S. José, o médico não me deu calmante (...), me levaram numa benzedeira. Ela falou que a minha doença era esgotamento nervoso. Aí ele não teve outro recurso, teve que largar dela e vir me cuidar, que todo mundo* [vizinhança e parentes] *pegou no pé dele, que eu estava doente por causa do que ele me fazia.* (Paciente)

Ele [o marido] *não quer me ajudar em casa, diz que é feio um homem fazer serviço de mulher, só mesmo se me der a crise, aí ele faz tudo, até limpar bunda de nenê se precisar, faz comida, lava roupa. Ele diz que eu tenho os ataques só porque não agüento os serviço de casa e os filhos. Mas é assim mesmo, só eu ficando atacada é que ele me ajuda.* (Paciente)

Tanto o marido como os filhos, que já são rapazinhos, só querem saber de ir num bar, de ver televisão e sair com a turma deles por aí, pela praia, futebol, cinema... nada de ajudar. Só se ela tiver uma crise, aí sim eles fazem tudo para ela. Às vezes chego a pensar que inventa a doença para eles ajudarem, mas quando vejo com crise, tadinha!, fico arrependida de pensar assim, coitada, ela sofre demais! (Informante)

Aí eu disse pro meu marido bem assim: você vê, eu estou aí sofrendo dos nervo, tudo por tua causa, tu fica lá com aquela dona e eu aqui sofrendo com os filhos! Tu tem que decidir: ou eu ou ela! Daí ele escolheu eu, e voltou para casa. (Paciente)

Na e pela crise, manipula-se também o pessoal dos serviços de saúde para se obter atendimento imediato e, principalmente, novas receitas *azuis*:

Ela, uma vez, tomou uma caixa inteira de calmante lá no INPS só porque o médico disse que ela ainda tinha e que ele não ia dar outra receita. Aí ela disse: ah, então vocês vão ver! Pediu uma água, agarrou tudo e pôs na boca, de uma vez só. Engoliu tudo na frente deles, ela quase quebrou tudo por lá, aí o doutor teve que dar outra receita para ela. (Informante)

Quando vou ficando com pouco remédio, que eu não tenho mais receita azul, vou no posto; se eles não querem me dar mais, já vou me atacando, aí uma delas [das funcionárias] *vai lá e fala pros médicos que já me conhece e sabe como eu fico quando me dá o nervo, então o doutor faz a receita e manda entregar o remédio.* (Paciente)

> *Uma vez a doutora que estava aí no posto do Campeche disse que chegava de dar remédio azul para mim, que eu parasse. Aí foi me dando um desespero, eu garrei a pensar como faria se voltasse a dar as crise, o que que ia me socorrer, e desandei a chorar, aí ela viu que eu não podia mesmo ficar sem ele e me deu receita para dois meses.* (Paciente)

> *Ela ia ser a última a ser atendida, dizia que tava mal e ninguém* [entre os funcionários do serviço de saúde] *ligava, então ameaçou tirar a roupa e saiu correndo para a praia, dizendo que ia se atirar no mar! Então correu todo mundo, até quem tava para ser atendido no posto, e agarraram ela e aí a doutora atendeu primeiro, foi o único jeito dela sossegar.* (Informante)

A imprevisibilidade da crise cria condições de manipulação, principalmente do grupo familiar, uma vez que se as pacientes *sofrerem incômodos, passarem preocupação*, podem vir a ter uma. Assim, cobram constantemente do marido, dos filhos e dos pais atenção a seus pedidos e ao seu sofrimento:

> *Ó, manda as meninas buscar a roupa que eu vou deitar para não cair, senão eu vou cair, porque a minha cabeça estava rodando.* (Paciente)

> *Aí quando eu tive crise de nervos eu vim pra casa da minha irmã* [saindo da casa de um irmão e da cunhada que a maltratavam], *que estava mais bem de vida, ela foi me buscar, me levou no médico, até hoje ela cuida de mim, é carinhosa comigo, faz tudo pra que eu não me incomode!* (Paciente)

> *Hoje* [depois que ela começou a sofrer dos nervos e ele abandonou a bebida e as amantes] *vivo muito bem com meu marido, ele me paparica muito, também tem o maior medo que uma hora dessa me volte tudo, que pode voltar a qualquer hora, né?* (Paciente)

> *Quando ela tem as crises dela, o pai, que é nervoso também, prefere fazer tudo que ela exige para não se incomodar. Então parece que ela se aproveita da doença, numa dessa já fez o pai dar uma casa só para ela que está alugada, agora quer que ele faça outra para ela morar sozinha, ele disse que não, mas eu tenho certeza que é só ela ter um ataque que ele vai dar o jeito de construir como ela quer!* (Mãe de uma paciente)

> *Os filhos só acodem quando a gente está mesmo muito mal, senão dizem que não têm tempo, mas quando me dá a crise vêm correndo.* (Paciente)

Paradoxalmente, por meio das crises e suas manipulações, conscientes ou não, parece que as pacientes ajudam a manter certos agregados sociais à sua volta, garantindo a manutenção de práticas tradicionais, como a dos mais novos prestarem ajuda aos de mais idade. Ao mesmo tempo, subvertem, em certa medida, a ordem ditada pelos valores locais, como no caso da transferência da responsabilidade pelo trabalho doméstico para os homens.

Nota

[1] Destaquei aqui o sexo do informante, porque foram raríssimas as informações prestadas pelos homens; quando inquiridos sobre o tema, estes remetiam-se às suas mulheres ou mães.

5

Comentários (Médicos) sobre a Experiência Antropológica em Campo e o Tema dos Nervos

Estudar *nervos* possibilitou à médica, formada dentro dos limites estreitos de uma prática clínica e científica baseada no paradigma cartesiano,[1] utilizar recursos metodológicos da antropologia social para a pesquisa de campo e compreender como a antropologia pode servir como uma via para o médico conhecer melhor o seu paciente. Foram necessários, para isso, estranhamentos sucessivos em relação à profissão médica e à minha própria condição de mulher e, eventualmente, de *nervosa* também.

Entretanto, o esforço parece ter me conduzido a bom resultado, me possibilitando:

- firmar as noções e implicações de gênero;
- perceber como a prática médica está longe de ser satisfatória para os pacientes enquanto permanecer alheia às nuances e aos significados culturais da doença e indiferente ao desencontro de seus próprios códigos com o dos pacientes e de outros especialistas em cura e como, no caso contrário, continuará repetindo os tantos diálogos de surdos que se ouvem por aí;
- ver que não basta ao médico ser *bonzinho* ou simpático, se o faz sem *traduzir* estas expressões para formas culturalmente compreensíveis para o paciente;
- perceber que temas como cultura, gênero, estereótipos, preconceitos, representações sociais, linguagem, tabus etc. também têm de fazer parte das discussões clínicas.

O trabalho permitiu, ainda, perceber que a antropologia, por evidenciar as diferenças e permiti-las sem dissimulação, pode facilitar a superação das desigualdades e se constituir num instrumento de encontro. Ela possibilita que o médico, mais do que atender, se relacione com o sujeito que sofre:

> É claro que em situações correntes o enfermo acode ao médico não por sua doença mas pelo seu sofrimento, que é o que o preocupa, não só para estabelecer um diagnóstico preciso que lhe sirva de base para o tratamento, mas para atender com eficiência e compreensão as moléstias que constituem seu padecimento. Quando se exerce dessa maneira, que em minha experiência é a regra em lugar da exceção, a Medicina inclui dentro de seus interesses e ações não só o fenômeno biológico

conhecido como doença, mas o ser humano que a padece e sem o qual o processo patológico não existiria, assim como o nicho social e cultural onde ocorre o episódio. Em outras palavras, no exercício da *boa Medicina* (grifo do autor), o conceito biomédico *não se contrapõe* (grifo meu) ao conceito biopsíquico e sociocultural da doença, porém ambos se complementam. (Tamayo, 1988:236)

Porém, se do próprio trabalho foi possível perceber que a abordagem antropológica amplia a análise da doença, em especial a dos *nervos*, com o deslindar de significados e com o aporte crítico desenredando tramas de poder e manipulação de sujeitos, é preciso ter em mente a advertência feita por Low (1994b) sobre os riscos de abandonar as variáveis biológicas. Se não são as únicas intervenientes no processo saúde/doença, tais variáveis nele têm um peso considerável, por constituírem um elemento de interação e de modulação da ação da cultura sobre os corpos dos indivíduos.

A autora, em interessante ponderação, chama a atenção para a negligência do corpo biológico, por vezes praticada por antropólogos da saúde:

- em parte, pelas limitações técnicas e da tradição epistemológica da disciplina;
- em parte porque sua preocupação tem sido trazer o significado social, político, econômico e cosmológico da doença para a atenção do mundo médico;
- porque os aspectos biológicos e físicos do corpo sensível não podem ser vistos ou comentados assim facilmente pela pesquisa sociocultural.

Estudando o *nervoso* (como diz o povo, ou a histeria e, às vezes, o estresse, como dizem os médicos), pude perceber ainda que ele evidencia o dilema histórico, ainda vivido pela medicina, resultante de sua incapacidade de lidar com certas situações e casos, assim como da onipotência com que tenta revestir sua prática. Dilema esse que representa uma relação dialética entre o *novo* – no caso de Hipócrates, o *cientifíco* – e o *velho*, a *alma animal*, indomada e por vezes cruel. Representa ainda os limites paradigmáticos propostos pela medicina para o ser humano em confronto com as infinitas possibilidades que ele próprio descobre diuturnamente. Na verdade, evidencia-se aí apenas uma situação de confronto entre o que consegue abordar e resolver com aquilo que lhe é estranho, por fugir dos seus modelos explicativos e de sua racionalidade habitual.

Hoje, tal como à época hipocrática, a medicina (vista por si mesma como uma profissão resolutiva), toda vez que carece de proposições resolutivas toma o problema como objeto do campo metafísico; deslocando-o para outra dimensão, exime-se da necessidade, que ela mesma se impôs, de resolvê-lo. Tal é o caso dos *nervos*, que hoje não encontra mais espaço nos textos médicos, exceto naqueles fortemente influenciados pela antropologia (e. g. Costa, 1983c, 1987d).

Os casos entrevistados mostraram aspectos interessantes do *ataque* e do *sofrimento dos nervos*, permitindo uma leitura e uma interpretação que diferem daquelas propostas para o diagnóstico médico de histeria, muito embora sua apresentação per-

mita tal diagnóstico. A interpretação clássica da histeria, reforçada pela psicanálise, tem seu fulcro na sexualidade e resulta, na prática da atenção às doentes, em sua redução ao âmbito meramente genital da doença, o que, neste ponto, iguala a compreensão médica desse sofrimento à metáfora ilhoa de *nervo* como falta de pênis, a qual, se não foi refutada, ao menos não foi evidenciada nos relatos das pacientes. A sexualidade entronada por essas visões não aparece nos relatos espontâneos das pacientes e, a menos que se force, também aparece pouco na interpretação fornecida por elas.

Ao cabo desta pesquisa, e por ela autorizada, faço uma leitura de *nervos* que se aproxima mais daquelas como a de Scheper-Hughes e a de Rozemberg, que entendem que *nervos fala* de outras coisas além da sexualidade. Fala da pobreza dos relacionamentos, de pobreza e de miséria materiais, de incapacidades, de desejos insatisfeitos, de dificuldades, de opressão (Scheper-Hughes, 1992d; Rozemberg, 1994c; Chiozza, 1987d).

Uma das dificuldades de lidar com os *nervos* talvez resulte da impossibilidade de reduzi-lo a um modelo de atendimento no qual a imagem que os agentes terapêuticos têm dos pacientes apenas reflete experiências de enfermidade que se ajustam às estruturas cognitivas, aos estereótipos a ele pertinentes. Como a experiência dos *nervos* foge aos propostos pela instituição biomédica, esta não só tem dificuldades de prover subsídios para o seu atendimento adequado como tende a ignorar, reduzir e escamotear os seus significados.

Por isso, talvez seja prudente seguir o senso popular e desistir da aproximação entre *nervos* e histeria, pois ficou patente que a conformação dada pela cultura local aos sintomas e, principalmente, aos significados da síndrome dos *nervos,* quase nada tem em comum com aquela, além da apresentação freqüentemente espetacular.

Considerando que compreender é pegar o sentido, captar o significado de alguma coisa, *nervos*, para ser compreendido, exige a colocação de um ser humano diante de outro. Quer dizer, um sujeito que conheça o significado diante de outro que traga consigo o significante. Ou seja, requer muito mais que o propalado humanismo da medicina.

Para atender a tal condição, seria necessário que o médico se colocasse diante do sofredor como uma pessoa passível também de eventuais *ataques de nervos* e, ainda, detentor, ele próprio, do mesmo código de significados culturais que a crise de *nervos* tem para os pacientes. Porém, o ensino médico, especialmente no chamado *currículo oculto*, promove justamente o contrário: a desumanização do médico, afastando-o cada vez mais dos pacientes e, simultaneamente, promovendo sua aproximação com a doença e com a fisiopatologia (*Boletim da Organização Panamericana*, 1995).[2]

Neste panorama, poderia parecer desanimador pensar na possibilidade de resolver, pela via da medicina, um problema como o dos *nervos* ou outros similares. Porém, esforços vêm sendo feitos para quebrar o isolamento dessa disciplina, pela humanização de sua prática e pelo aporte de conteúdos de outras áreas do conhecimento, como as ciências sociais e humanas, no domínio antes inexpugnável do conhecimento e das práticas médicas. Assim, acertado é o comentário de Schepper-Hughes:

> Mas a clínica, como considerou Foucault, pode ser isolada, fechada do mundo externo e do mundo da experiência dos pacientes. Ou eles podem prover um espaço onde novos caminhos de acessar e responder à miséria humana são abertos. Desde esse indistinto panorama de necessidades humanas, algumas vozes se levantam em dor e fome, protestando sua própria impotência. Uma dessas vozes é a dos *nervos*. Nós podemos concluir perguntando o que a medicina pode transformar, além dos fins humanitários que ela esposa, o que poderia ver no sofrimento que entra a clínica como uma expressão da trágica experiência do mundo. Nós podemos ter a base para a liberação da medicina, uma nova medicina, como uma nova teologia, fundada na esperança. (Schepper-Hughes, 1992:215) (grifo do autor)

Nervos, histeria, piti... Como quer que seja chamado, o tema é intrigante e, por certo, ainda será assunto de muita dissertação, tanto quanto de descaso. Preferindo a primeira possibilidade, evoco as palavras de outra autora para exprimir o que sinto neste ponto do trabalho, quando a fase que o liga a uma proposta acadêmica está por se encerrar:

> Não se trata de concluir, fechar. Se este livro levantou mais questões para o leitor do que aquelas que ele se colocava no início da leitura, ele atingiu seu objetivo. Até mesmo a questão de saber se a histeria é, ou não, uma doença não foi respondida. O certo é que ela se refere a todos nós. O médico não pode ficar indiferente à histeria. Ele pode trazer-lhe uma grande contribuição. E, ao mesmo tempo, ao seguir a histeria, ele mesmo pode ganhar muito. Tratemos também do amor e da morte, da mentira e da verdade. *Uma verdade que não pode ser saciada, e que deixa tudo a desejar*. (Israël, 1995c:326) (grifo meu)

Notas

1 O paradigma cartesiano se funda na famosa dicotomia corpo-mente e na consideração metafórica do corpo humano como máquina.

2 Carapinheiro (1993) chama a esse processo de *cinismo* crescente, presente no processo de formação médica.

Referências Bibliográficas

ALVES, P. C. O discurso sobre a enfermidade mental. In: ALVES, P. C. & MINAYO, M. C. (Orgs.). *Saúde e Doença: um olhar antropológico.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

ALVES, P. C. & MINAYO, M. C. S. (Orgs.). *Saúde e Doença: um olhar antropológico.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

ALVES, P. C. & RABELO, M. C. Significação e metáforas: aspectos situacionais no discurso da doença. In: PITTA, A. M. R. (Org.). *Saúde e Comunicação.* São Paulo: Hucitec, 1995:217-236.

ANSON, O.; PARAN, E.; NEUMANN, L. & CHERNICHOVSKY, D. Gender differences in health perceptions and their predictors, *Social Science & Medicine,* 36(4):419-427, 1993.

ARBER, S. Class, paid employment and family roles: making sense of structural disadvantage, gender and health status, *Social Science & Medicine*, 32(4):425-436, 1991.

ARBER, S. Gender and inequalities in health in later life, *Social Science & Medicine*, 36(1):33-46, 1993 (número especial: *Women, Men and Health*).

AUGÉ, M. L'anthropologie de la maladie. *L'Homme.* 97-98. jan.-juin.1986. XXVI (1-2):91-89.

BARNETT, E. A. Notes on *nervios*: a disorder of menopause. In: DAVIS, D. L. & LOW, S. *Gender, Health, and Illness: the case of nerves.* Nova York: Hemisphere Publishing Co., 1989:67-78.

BARROS, J. A. C. *Propaganda de Medicamentos: atentado à saúde?* São Paulo: HUCITEC/ SOBRAVIME, 1995.

BARTHES, R. (comp.). *Fragmentos de um Discurso Amoroso.* Tradução Hortênsia dos Santos. 11.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991.

BERCHERIE, P. *Os Fundamentos da Clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico.* Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar,1989.

BIRMAN, J. Apresentação: interpretação e representação em saúde coletiva, *Physis Revista de Saúde Coletiva,* 1(2):7-22, 1991.

BOLTON, R. Susto, hostility and hypoglycemia, *Ethnology,* 20(4):261-276,1981.

BONAMIN, L. V. O estresse e a doença, *Ciência Hoje*, 17(99):24-30, 1994.

BUCHILLET, D. A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In: BUCHILLET, D. (Org.). *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia.* MPEB/CNPq/SCT/ PR/CEJUP/UEP, 1991.

CAMINO, L. A. Nerves, worriation, and black women: a community study in the American South. In: DAVIS, D. L. & LOW, S. *Gender, Health, and Illness: the case of nerves.* Nova York: Hemisphere Publishing Co., 1989:203-222.

CARAPINHEIRO, G. *Saberes e Poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares.* Porto: Afrontamento, 1993.

CARLINI, E. L. A. *Medicamentos, Drogas e Saúde.* São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME, 1995.

CARTANA, M. H. F. *Rede e Suporte Social de Famílias*, 1988. Dissertação de Mestrado. Florianópolis: Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

CARUSO, M. M. L. & CARUSO, R. C. *Mares, e Longínquos Povos dos Açores*. Florianópolis: Insular, 1995.

CASCAES, F. *O Fantástico na Ilha de Santa Catarina*. 3.ed. Florianópolis: UFSC, 1989. 98p.

CASCAES, F. *O Fantástico na Ilha de Santa Catarina*. Florianópolis: UFSC, 1992.v.2. 107p.

CAYLEFF, S. "Prisoners of their own febleness": women, nerves and western medicine - a historical overwiew, *Social Science & Medicine*, 26(12):1.199-1.208, 1988.

CECCA/FEMA. *Uma Cidade numa Ilha: relatório sobre os problemas sócio-ambientais da Ilha de Santa Catarina*. Insular. Florianópolis, SC, 1996. 248p.

CERESER, H. L. *A Vivência Familiar da Mulher com Hipertensão Arterial Essencial*, 1996. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: *Coleção Perspectivas Antropológicas da Mulher*, (4). Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

CHIOZZA, L. *Por que Adoecemos: a história que se oculta no corpo*. Tradução Maria José D. R. da Silva Peres. Campinas: Papirus, 1987. 166p.

CLARK, M. H. *NEVRA* in a greek village: idiom, metaphor, symptom, or disorder? In: DAVIS, D. Lee & LOW, S. *Gender, Health, and Illness: the case of nerves*. Nova York: Hemisphere Publishing Co., 1989:103-126.

COSTA, J. F. A mulher "nervosa": cliente dos médicos, inimiga do homem. In: COSTA, J. F. *Ordem Médica e Norma Familiar*. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1983:271-274.

COSTA, J. F. A consciência da doença enquanto consciência do sintoma: a "doença dos *nervos*" e a identidade psicológica, *Cadernos IMS*, Rio de Janeiro, 1(1):4-44, 1987.

D'ÁVILA NETO, M. I. *O Autoritarismo e a Mulher: jogo da dominação macho-fêmea no Brasil*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1978. 126p.

DAVIS, D. L. Woman the worrier: confronting feminist and biomedical archetypes of stress, *Women's Studies*, 10:135-146, 1983.

DAVIS, D. L. Medical misinformation: communication between outport newfoundland woman and their physicians, *Social Science & Medicine*, 18(3):173-278, 984.

DAVIS, D. L. Historical and cross-cultural perspectives on nerves, *Social Science & Medicine*, 26(12):1.197, 1988.

DAVIS, D. L. The variable character of nerves in a Newfoundland fishing village, *Medical Anthropology*, 11:63-78, 1989.

DAVIS, D. L. & GUARNACCIA, P. Health, culture and the nature of nerves, *Medical Anthropology*, 11:1-13 (Introduction), 1989.

DAVIS, D. L. & WHITTEN, R. Medical and popular tradition of nerves. *Social Science & Medicine*, 26(12):1.209-1.221, 1988.

DAVIS, D. L. George Beard and Lydia Pinkham: gender, class, and nerves in late 19th century America. In: DAVIS, D. L. & LOW, S. *Gender, Health, and Illness: the case of nerves*. Nova York: Hemisphere Publishing Co., 1989:1-21.

DAVIS, D. L. & LOW, S. Preface. In: DAVIS, D. L. & LOW, S. *Gender, Health, and Illness: the case of nerves*. Nova York: Hemisphere Publishing Co., 1989:11-15.

DEJOURS, C. *O Corpo: entre a biologia e a psicanálise.* Tradução Doris Vasconcellos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

DIAS, V. N. *Tantos Campeches Quantas Imaginações: um estudo sobre o espaço no Campeche*, 1995. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Geografia, Universidade Federal de Santa Catarina.

DOHRENWEND, B. P. & DOHRENWEND, B. S. Sex differences and psychiatric disorders, *American Journal Sociology*, 81(6): 1.447-1.454, 1976.

DOUGLAS, M. *Pureza e Perigo.* São Paulo: Perspectiva, 1976. 228p.

DUARTE, L. F. D. *Da Vida "Nervosa" da Classe Trabalhadora.* Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

DUARTE, L. F. D. A representação do *nervoso* na cultura literária e sociológica do século XIX e começo do século XX. In: *Anuário Antropológico.* Brasília: Tempo Brasileiro/UNB, 1987: 93-116.

DUARTE, L. F. D. Os *nervos* e a antropologia médica norte-americana: uma revisão crítica, *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 3(2):43-74,1993.

DUARTE, L. F. D. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral? In: ALVES, P. C. & MINAYO, M. C. (Orgs.). *Saúde e Doença: um olhar antropológico.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994: 83-90.

DUNK, P. Greek women and broken nerves in Montreal. *Medical Anthropology*, 11: 29-45, 1989.

DURKHEIM, E. *As Regras do Método Sociológico.* Tradução Maria Isaura Pereira dos Santos. 10.ed. São Paulo: Ed. Nacional, 1982. 128p.

EHRENREICH, B. Gender and objectivity in medicine, *International Journal of Health Service*, 4(4):617-623, 1974.

ELSEN, I. *Concepts of Health and Illness and Related Behaviors among Families Living in a Brazilian Fishing Village*, 1984. Tese de Doutorado, San Francisco: Nursing Science, University of California.

EXLEY, H. (Org.). *Mulheres: os melhores pensamentos.* Tradução Outras Palavras. Rio de Janeiro: Ediouro, 1996.

FAINZANG, S. L'alcool, les nerfs, le cerveau et le sang, *L'Homme*, 135:109-125, 1995.

FEMININA. *Estress: inimigo invisível?*, 199?:38-43.

FERREIRA, A. B. H. *Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira/Folha de São Paulo, 1995. 687p.

FERREIRA, J. O corpo sígnico. Comunicação apresentada no ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 18, 1994, Caxambu, MG.

FIGUEIREDO, A. *Análise da Categoria "Sofrer dos nervos".* Rio de Janeiro: PPGAS/MN/ UFRJ), 1979. (Datil.)

FOUCAULT, M. *História da Loucura.* Tradução José Teixeira Coelho Netto. 3.ed. São Paulo: Perspectiva, 1993. 551p. (Estudos).

FRANÇA, A. Doméstica de Foz denuncia erro médico: mulher desmaiou e teria recebido uma injeção de éter no joelho ao ser atendida por um médico de um posto de saúde. *Folha do Paraná*, Londrina, 27 de junho de 1997. Folha Cidades, p.3.

GARBE, J. & BURY, M. Tranquillisers and health care in crisis, *Social Science & Medicine*, 32(4):449-454, 1991.

GEERTZ, C. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. 323p.

GOLDBERG, D. A classification of psychosocial distresss for use in primary care setting, *Social Science & Medicine*, 35(2):189-193, 1992.

GOOD, B. J. The heart of the what's the matter: the semantics of illness in Iran, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1:25-58, 1977.

GOOD, B. J. *Medicine, Rationality, and Experience: an Anthropological Perspective*. Nova York: Cambridge Press, 1994.

GREGORI, M. F. Cenas e queixas: mulheres e relações violentas, *Novos Estudos CEBRAP*, 23:163-175, mar.1989.

GRIMBERG, M. La salud de los trabajadores: en la búsqueda de una mirada antropológica, *Cuadernos de Antropología Social,* Universidade de Buenos Aires, 5:9-32, 1991.

GROSSI, M. P. Vítimas ou cúmplices: dos diferentes caminhos da produção acadêmica sobre violência contra a mulher no Brasil. Comunicação apresentada no ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 15, out.1991, MG.

GROSSI, M. P. & MIGUEL, S. M. A trajetória dos estudos de gênero nos estudos sobre a mulher no Brasil: reflexões iniciais. Comunicação apresentada na REUNIÃO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 17, 1990, Florianópolis, SC.

GROSSI, M. P. *Repensando a Violência Contra a Mulher no Brasil*. Relatório de Projeto Individual de Pesquisa/CNPq. Florianópolis, 1994. (Mimeo.)

GROSSI, P. K. Violência contra a mulher: implicações para os profissionais de saúde. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. & WALDOW, V. R. (Orgs.). *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996:133-149.

GUARNACCIA, P. & FARIAS, P. The social meanings of *nervios*: a case study of a Central American women, *Social Science & Medicine*, 26(12):1.222-1.223, 1988.

GUARNACCIA, P.; CANCELA, V. de la & CARRILLO, E The multiples meanings of *ataque de nervios* in the latino comunity, *Medical Anthropology*, 11:47-62, 1989.

GUDEX, C. Adverse effects of benzodiazepines, *Social Science & Medicine*, 33(5):587-596, 1991.

HAAVIO-MANNILA, E. Inequalities in health and gender. *Social Science & Medicine*, 22(2):141-149, 1986.

HANSON, B. S. & ÖSTERGREN, P. O. Different social network and social support characteristics, nervous problems and insomnia: theoretical and methodological aspects on some results from the population study "men born in 1914", Malmio, Sweden, *Social Science & Medicine*, 25(7):849-899, 1987.

HARRIS, M. *Vacas, Porcos, Guerras e Bruxas: os enigmas da cultura.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978:205.

HEGGENHOUGEN, H. K. & SHORE, L. Cultural components of behavioral epidemiology: implications for primary health care, *Social Science & Medicine,* 22(11):1.235-1.245, 1986.

HELMAN, Cecil. *Cultura, Saúde e Doença.* Tradução Eliane Mussmich. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. 333p.

HEXLEY, H (Org.). *Mulheres: os melhores pensamentos.* Tradução Outras Palavras. Rio de Janeiro: Ediouro, 1996.

HITA, M. G. Identidade feminina e *nervoso*: crises e trajetórias. In: ALVES, P. C. (Org.). *Antropologia da Saúde: traçando identidade e explorando fronteiras.* Rio de Janeiro: Fiocruz/ Relume Dumará, 1998:179-214.

HOLLOWAY, G. Susto and the career path of victim of an industrial accident: a sociological case study, *Social Science & Medicine*, 38(7):987-997, 1994.

HUBBARD, R. Algumas idéias sobre a masculinidade das ciências naturais. In: GERGEN, M McC. *O Pensamento Feminista e a Estrutura do Conhecimento.* Tradução Ângela Melim. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1993:21-36.

ILICH, I. *A Expropriação da Saúde: Nêmesis da medicina.* Tradução José Kosinski de Cavalcanti. 2.ed. Rio de Janeiro (197?).196p.

ISRAËL, L. *A Histérica, o Sexo e o Médico.* Tradução Célia Gambini. São Paulo: Escuta. 1995.

JACQUES, M. G. C. Saúde mental e trabalho: a construção da identidade de trabalhador, *Cadernos de Sociologia do Programa de Pós-Graduação da UFRS*, 7:167-175, 1995.

JENKINS, J. Conceptions of schizoprenia as a problem of nerves: a cross-cultural comparison of mexican-americans and anglo-americans, *Social Science & Medicine*, 26(12):1.233-1.243, 1988.

JORNAL DO BRASIL. Enfartadas e confusas. 01 maio 1998.

JUNKS, K. R. *"Eles" Franceses Voadores "Lá", "Nós" Ilhéus "Cá"*, 1995. Monografia de conclusão de curso, Florianópolis: História, Universidade Federal de Santa Catarina.

KANDRACK, M.; GRANT, K. R. & SEGALL, A. Gender differences in health related behaviour: some anenswered questions, *Social Science & Medicine*, 32(5):579-590, 1991.

KAY, M. & PORTILLO, C. *Nervios* and dysphoria in Mexican American widows. In: DAVIS, D. L. & LOW, S. *Gender, Health, and Illness: the case of nerves.* Nova York: Hemisphere Publishing Co., 1989:181-203.

KLEINMAN, A. *Patients and Healers in the Context of Culture: an exploration of the bordeland between anthropology, medicine and psychiatry.* California: University of California Press, 1980.

KLEINMAN, A. Culture, health care systems, and clinical reality. In: *Patients and Healers in the Context of Culture.* California: University of California Press, 1980.

KLEINMAN, A. *The Illness Narratives.* Nova York: Basic Books, 1983.

KOOGAN-LAROUSSE-SELEÇÕES. *Dicionário Enciclopédico.* Lisboa- Rio de Janeiro-Nova Iorque: Seleções do Reader's Digest, 1992.

KRIEGER, N. Racial and gender discrimination: risk factors for high blood pressure?, *Social Science & Medicine*, 30(12):1.273-1.281,1990.

LANGDON, E. J. M. *A Negociação do Oculto: xamanismo, família e medicina entre os Siona no contexto pluri-étnico*, 1994. Trabalho apresentado ao concurso para Professor Titular, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

LANGDON, E. J. M. A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. Palestra proferida na conferência 30 anos no Xingu, Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 1995.

LATOUR, B. & WOOLGAR, S. *A Vida de Laboratório: a produção dos fatos científicos.* Tradução Angela Ramalho Vianna. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997. 310p.

LEFÈVRE, F. *O Medicamento como Mercadoria Simbólica.* São Paulo: Cortez, 1991. 181p.

LIMA, K. C. & ESMERALDINO, L. E. *Consumo de benzodiazepínicos em farmácias públicas e privadas em municípios da Grande Florianópolis*, 1995. Trabalho acadêmico apresentado à disciplina de Estágio Supervisionado. Florianópolis: Departamento de Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de Santa Catarina.

LOCK, M. Words of fear, words of power: *nerves* and the awakening of political consciouness, *Medical Anthropology*, 11:79-90, 1989.

LOCK, M. Nerves and nostalgia: Greek-Canadian immigrants and medical care in Quebec, *Antropology of Medicine*, 7:87-103, 1991.

LOLAS, F. The psychosomatic approach and the problem of diagnosis, *Social Science & Medicine*, 2(12):135-136, 1985.

LOW, S. M. Culturally interpreted symptoms or culture-bound syndromes: a cross-cultural review of nerves, *Social Science & Medicine*, 21(2): 187-196, 1985.

LOW, S. M. Health, culture and the nature of nerves: a critique, *Medical Anthropology*, 11:91-95, 1989.

LOW, S M. Gender, emotions, and *nervios* in urban Guatemala. In: DAVIS, D. L. & LOW, S. *Gender, Health, and Illness: the case of nerves.* Nova York: Hemisphere Publishing Co., 1989:23-48.

LOW, S. M. Embodied metaphors: nerves as lived experience. In: LOW, S. M. *Embodiment and Experience*, 1994:139-162.

LUDWIG, A. "Nerves": a sociomedical diagnosis... of sorts, *American Journal of Psychot.*, 36(3):350-357, 1982.

LUTZ, C. A. Engendered emotion: gender, power, and the rhetoric of emotional control in American discourse. In: LUTZ, C. A. & ABU-LUGHOD, L. *Language and the Politics of Emotion.* Cambridge/Paris: Cambridge University Press e Maison des Sciences de l'Homme, 1990:69-112.

LUTZ, C. A. & ABU-LUGHOD, L. *Language and the Politics of Emotion.* Cambridge/Paris: Cambridge University Press e Maison des Sciences de l'Homme, 1990:217.

MACINTYRE, S. Gender differences in the perception of common cold symptons, *Social Science & Medicine*, 36(1):15-20, 1993, (número especial: *Women, Men and Health*).

MAES, S; VINGERHOETS, A. & HECK, G. Van. The study of stress and disease: some developments and requirements, *Social Science & Medicine*, 25(6):567-578, 1987.

MALAVOLTA, L. Itapuí quer reduzir o uso de calmantes. *Folha de São Paulo*, 21 nov. 1994.

MALINOWSKI, B. K. *Os Argonautas do Pacífico Ocidental.* São Paulo: Abril Cultural, 1978:29. (Os Pensadores).

MALUF, S. W. *Encontros Perigosos: análise antropológica de narrativas sobre bruxas e bruxarias na Lagoa da Conceição*, 1989. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social. Florianópolis: PPGAS/UFSC.

MAUSS, M. *Sociologia e Antropologia.* Tradução Lamberto Puccinelli. São Paulo: EPU, 1974, v.1. 329p.

MINAYO, M. C. S. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais, *Revista de Saúde Pública,* Sp, 25(3):233-238, 1991.

McEWAN, P. J. (ed.). *Women, Men and Health. Social Science & Medicine*, 36(1):1993. (special issue, collated by Margaret Stacey and Virgínia Olesen)

McGUIRK, B. De volta à sutura: o discurso patriarcal e a *Ova Completa* de Susana Thénon. *Revista USP*, 23:140-151, set.-out.-nov. 1994.

MEDDIN, J. Sex differences in depression and satisfaction with self: findings from a United States National Survey. *Social Science & Medicine*, 22(8):807-812, 1986.

MEININGER, J. Sex differences in factors associated with use of medical care and alternative illnesss behavior. *Social Science & Medicine*, 22(3):285-292,1986.

MIGUEL, S. M. *A Trajetória dos Estudos de Gênero nos Estudos sobre a Mulher no Brasil: reflexões iniciais*. Florianópolis, s.d. (Mimeo.)

MOMBELLI, R. *A doença dos "nervos" no cotidiano brasileiro*, 1992. Trabalho acadêmico apresentado à disciplina de Antropologia da Saúde, Florianópolis: Mestrado em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina.

NASIO, J.-D. *A Histeria: teoria e clínica psicanalítica.* Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991. 172p.

NATIONS, M.; CAMINO, L. A. & WALKER, F. B. "Nerves": folk idiom for anxiety and depression?, *Social Science & Medicine*, 26(12):1.245-1.259, 1988.

NAVARRO, R. C. Curanderismo urbano: estudio de caso en la ciudad de México, *América Indígena*, XLIX(4)oct.-dic.1989.

NOVA ENCICLOPÉDIA BARSA, I:214. Rio de Janeiro/São Paulo: Encyclopaedia Britannica do Brasil, 1997.

O'NELL, C. W. & SELBY, H. A. Sex differences in the incidence of *susto* in two Zapotec pueblos: an analysis of the relationship between sex role expectations and a folk illness. In: LOGAN & HUNT (Orgs.). *Health and the Human Condition.* Massachussets: Duxbury Press. 19(?):271-280. Reimpresso, sob permissão, de *Ethnology*, 7:95-105, 1968.

O'NELL, C. W. & RUBEL, A. The development and use of a gauge to measure social stress in three mesoamerican communities, *Ethnology*, 19:111-127, 1980.

OQUENDO, M.; HORWARTH, E. & MARTINEZ, A Ataques de nervios: proposed diagnostic criteria for a culture specific syndrome. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 16:367-376, 1992.

PELAEZ, M. C. *Suspensão y Recaída: análisis de dos problemas gineco-obstétricos de la medicina popular brasilera...* Florianópolis: PPGAS, Universidade Federal de Santa Catarina, 1989.

POPAY, J.; BARTLEY, M. & OWEN, C. Gender inequalities in health: social position, affective disorders and minor physical morbidity, *Social Science & Medicine*, 36(1):21-32, 1993 (número especial: *Women, Men and Health*).

PORTER, R. *Uma História Social da Loucura.* Tradução Angela Melim. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990. 328p.

PORTER, R. A construção narrativa da doença. Comunicação apresentada na REUNIÃO DA ANPOCS, 18, 1994, Caxambu, MG.

RABELO, M. C. & ALVES, P. C. Tecendo self e emoção nas narrativas de *nervoso*. Comunicação apresentada na REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA-MERCOSUL, 5, 1995, Tramandaí, SC.

REBHUN, L. A. Nerves and emotional play in Northeast Brazil, *Medical Anthroplogy Quarterly*, 7(2):131-151, 1993.

REBHUN, L. A. Swalowing frogs: anger and illness in Northeast Brazil, *Medical Anthropology Quarterly*, 8(4):360-382, 1994.

RIAL, C. Mané da Ilha. *Folha da Cultura*, Florianópolis, maio-jun. 1994, p.15.

ROCHA-COUTINHO, M. L. *Tecendo por Trás dos Panos: a mulher brasileira nas relações familiares.* Rio de Janeiro: Rocco, 1994. 249p.

RODRIGUES, J. C. *Tabu do Corpo.* Rio de Janeiro: Achiamé, 1975. 174p.

RONDON, J. & MORGADO, A.. Somatizações cardíacas na mulher. Catálogo de Teses em Andamento/Fiocruz. Rio de Janeiro, 1993.

ROZEMBERG, B. O consumo de calmantes e o "problema dos *nervos*" entre lavradores, *Revista de Saúde Pública*, 28(4):300-308, 1994.

RUBEL, A. J. The epidemiology of a folk illness: susto in hispanic America, *Ethnology*, 3:265-283, 1964.

RUBEL, A. J.; O'NELL, C. W. & COLLADO, R. Susto: una enfermedad popular. Tradução Juan José Utrilla. México: Fondo de Cultura Económica, 1995. 259p.

RUBEL, A. J.; O'NELL, C. W. & COLLADO, R. La enfermedad popular de susto, *Interciência*, 15(5):278-286, sep.-oct. 1995a.

SALTONSTALL, R. Healthy bodies, social bodies: men's and women's concepts and practices of health in everiday life, *Social Science & Medicine,* 36(1):6-14, 1993 (número especial: *Women, Men and Health*).

SANTOS, S. C. *Nova História de Santa Catarina.* 3.ed. Florianópolis: Terceiro Milênio, 1995.

SCHAIK, E. Van. Paradigms underlying the study of nerves as a popular illness term in Eastern Kentucki, *Medical Anthropology*, 11:15-28, 1989.

SCHEPER-HUGHES, N. *Nervoso*: medicine, sickness, and human needs. In: SCHEPER-HUGHES, N. *Death without Weeping: the violence of everyday life in Brazil.* Berkeley, L. AL.: University of California Press, 1992:167-215.

SCRIMSHAW, S. C. M. & HURTADO, E. *Procedimento Avaliativo para Pesquisa Antropológica Rápida (PAPEAR).* Prefácio da primeira edição em Português (Brasil), Maria Beatriz Ferreira, Universidade Estadual de Campinas, (s.d.). (Mimeo.)

SEIJAS, H. El susto como categoria etiológica, *Acta Científica Venezolana*, 23 (supl.3):176-178, 1972.

SLUKA, J. A. Living on their nerves: nervous debility in Nothern Ireland. In: DAVIS, D. L. & LOW, S. *Gender, Health, and Illness: the case of nerves.* Nova York: Hemisphere Publishing Co., 1989:127-153.

STRINGUETO, K. & CARUSO, M. Stress: no limite! *Isto É*, 1558, 11/08/1999 (matéria especial).

SOUZA, M. C. G. "Doença dos *nervos*": uma estratégia de sobrevivência, *A Saúde no Brasil*, (3) jul.-set. 1983:134-139.

SOUZA, R. R. *Características do Paciente Atendido no Hospital Universitário de Londrina, PR, com Diagnóstico de DNV*, 1994. Monografia de conclusão de curso, Londrina: Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina. (Mimeo.)

SWAGMAN, C. Fijac: fright and illness in Highland Yemen, *Social Science & Medicine*, 28(4):381-388, 1989.

SZASZ, T. S. A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a Inquisição e o Movimento de Saúde Mental. Tradução Dante Moreira Leite. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1971.

TAMAYO, R. P. *El Concepto de Enfermedad: su evolución a través de la historia.* México: Fondo de Cultura Económica, 1988.

THOITS, P. A. Dimensions on life events that influence psychological distress: an evaluation and synthesis of the literature. In: *Psychosocial Stress.* Nova York: Academic Press, 1983:33-78.

TREICHLER, R.; BÜHLER, W. & SCHÜTZE, A. O nervosismo – "não tenho tempo". Folheto duplo n.101. Associação Beneficente Tobias. São Paulo, 1986:1-13.

TRILLAT, E. *História da Histeria.* Tradução Patrícia Porchat. São Paulo: Escuta, 1991. 290p.

TROTTER II, R. T. Susto: the context of community morbidity patterns, *Ethnology*, XXI (3):215-226, 1982.

TURNER, V. *O Processo Ritual: estrutura e antiestrutura.* Tradução Nanci C. de Castro. Petrópolis: Vozes, 1974. 247 p.

TURNER, V. Social dramas and stories about them. In: MITCHELL, W. J. T. *On Narrative.* Chicago: The University of Chicago Press, 1981:137-164.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Biblioteca Central. *Normas para Apresentação de Trabalhos.* 2.ed. Curitiba: UFPR/Governo do Estado do Paraná, 1992. 8 vol.

UZZEL, D. *Susto* revisited: illness as strategic role, *American Ethnology*, 1:269-277, 1974.

VAITSMAN, J. Hierarquia de gênero e iniqüidade em saúde, *Physis Revista de Saúde Pública*, 4(1):7-22, 1994.

VARGAS, E. V. Os corpos intensivos: sobre o estatuto social do consumo de drogas legais e ilegais. In: DUARTE, L. F. D. & LEAL, O. F. (Orgs.). *Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999:121-136.

VEITH, I. *Histoire de l'Hysterie.* Paris: Seghers, 1983. 285p.

VERANI, C. B. L. A construção social da doença e seus determinantes culturais: *a doença da reclusão* do Alto Xingu. In: SANTOS, R. V. & COIMBRA, C. E. A. (Orgs.) *Saúde e Povos Indígenas.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994:91-113.

VERANI, C. B. L. & MORGADO, A. Fatores culturais associados à doença de reclusão. In: *Saúde de Populações Indígenas,* número temático de *Cadernos de Saúde Pública*, VII(4):515-538, 1991.

VERBRUGGE, L. M. How physicians treat mentally distressed men and women, *Social Science & Medicine*, 18(1):1-9, 1984.

VERHAAK, P. F. & TUHIS, M. A. R. Psychosocial problems in primary health care: some results from the Dutch National Study of Morbidity and Preventions in General Practice, *Social Science & Medicine*, 35(2):105-110, 1992.

WALLEN, J. Physician stereotypes about female health and illness: a study of patient's sex and the informative process during medical interview, *Women & Health*, 4(42), summer 1979.

WALTERS, V. Stress, anxiety and depression: women's accounts of their health problems, *Social Science & Medicine*, 36(4):393-402, 1993.

WIERZBICKA, A. Human emotions: universal or culture-specific?, *American Anthropologist,* 88:584-594, 1986.

WITKIN-LANOIL, G. *A Síndrome do Stress Feminino: como reconhecê-la e viver com ela.* Rio de Janeiro: Imago, 1985. 211p.

WOORTMANN, K. *A Família das Mulheres.* Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; Brasília: CNPq, 1987.

ZADOROZNYJ, M. & SVARSTAD, B. Gender, employement and medical use. *Social Science & Medicine*, 31(9):971-978, 1990.

ZOCCOLILLO, M. S. & CLONINGER, R. Excess medical care of women somatization disorders, *Southern Medical Journal*, 79(5):532-535, 1986.

Anexos

Anexo 1

Glossário

ANSIEDADE: estado psíquico acompanhado de grande excitação ou de inibição, que comporta uma sensação de constrição da garganta (Koogan-Larousse-Seleções, 1982:62).

CATAPLEXIA: fraqueza muscular intensa, passageira, de natureza psicológica.

CATATONIA: estado temporário de paralisia motora, de natureza emocional.

ESTRESSE: segundo Ferreira (1995:279), é o conjunto de reações do organismo a agressões de ordem física, psíquica, infecciosa e outras, capazes de perturbar-lhe a homeostase. Maes, Vingerhoets & Heck (1987:567) o definem como o estado de desequilíbrio da pessoa, de disparidade entre a demanda ambiental e a capacidade pessoal de lutar. Esses autores entendem estresse como uma rubrica complexa, que consiste de processos inter-relacionados entre os fatores mediadores, estressores ambientais e a doença: estilo de luta, características de personalidade e suporte social. Para eles, os eventos atuam como estressores quando excedem os recursos adaptativos da pessoa.

DISTRESSE: um estado desagradável provocado por eventos da vida, evidenciado por mudanças fisiológicas ou psicológicas, como, por exemplo, vertigens, desânimo, tremores ou sudorese das mãos, problemas de sono (cf. Thoits, 1983:34).

PESSÁRIO (lat. *pessarium*): objeto cilíndrico, feito com materiais diversos (na Antigüidade, com gaze e outros tecidos finos), introduzido na vagina com finalidades terapêuticas. No caso da sufocação uterina, era impregnado com substâncias de odor agradável que se destinavam a atrair a matriz animal de volta para seu lugar. PRÓDROMOS (lat. *prodromus*; gr. *precursor*): sinal ou sintoma que precede o início de uma enfermidade (*Dicionário de Ciências Médicas Dorland*, 196?:1.147).

PUERPÉRIO (lat. *puerperium*): período que se passa entre o *parto* e o *sobreparto*; o conjunto de fenômenos que ocorrem nesse período (Ferreira, 1986:986). Refere-se ao estado da mulher após o parto, que dura até que seus órgãos genitais voltem ao estado anterior à gravidez.

TARANTISMO: também identificado como *doença ou dança de São Vito*, ou *loucura* causada pela tarântula, doença que se manifestava por um *desejo de dançar*. Suas vítimas eram trabalhadores do campo, jovens e mulheres nas quais também produzia depressão e apatia. Muito comum no sul da Europa, particularmente em Taranto, Itália, mas a literatura dos 1700 registra a sua ocorrência também na Sicília e na Espanha. *Tarantismo* e *possessão demoníaca*, como acentua Cayleff (1988), apresentavam as mesmas características sintomáticas e semelhanças epidemiológicas com *os nervos* e *a histeria* do século XIX. A autora ressalta ainda que comportamentos passíveis de punição, como gestos sexuais explícitos, ataques incontroláveis e liberação de tarefas e papéis, passavam a ser toleráveis quando determinados pela doença. Isso talvez possa ser compreendido, à semelhança dos *nervos* hoje, como uma forma de se libertar da censura social e expressar sentimentos reprimidos.

Anexo 2

Texto Escrito por uma Paciente a Respeito de Nervos[1]

1. O que você acha que são os *nervos*?

Os nervos para mim parece uma praga porque nunca tem cura realmente, ele até ameniza, mas de vez em quando ele volta, com sintomas e reações diferentes a gente até se revolta devido a uma doença que incomoda em todos os aspectos, tô falando profissional, amoroso tudo na vida da gente.

Eu até hoje não sei por que acontece isso, não sei se é medo, fraqueza, carência, infelicidade, e acredito que não há ninguém com uma explicação certa e definitiva para isso, às vezes acho que a minha mente que produz, às vezes acho que é da infância, e porque acho que pode ser que existe realmente algo após a morte e nós somos "Espíritos" sensíveis que podemos sentir sensações que as pessoas não estão acostumadas, porque ocorre de repente não precisa criar uma situação, em qualquer lugar, hora, é de repente aquilo acontece, no fundo o que eu acho de verdade que nervos é uma "Peste" que infelizmente tenho que carregar para o resto da minha vida.

2. Como os *nervos* influem na vida das pessoas?

Influi de uma forma horrível, ele atrapalha em tudo, a gente que tem essa doença, nós temos um pouco de medo que ocorra os sintomas em situações importante da vida, às vezes eu tenho raiva de mim por sofrer dos Nervos, porque uma pessoa que tem esse problema ela não consegue ter muita segurança a gente vive meio ligada no que pode nos ocorrer, e os Nervos em todas as formas, porque tem várias, tem o pânico, tem a dor, a depressão, tem a ansiedade e tem muitos sintomas que não conseguimos explicar, e as pessoas que realmente sofre dos nervos concordará comigo que os nervos influi de uma forma péssima na vida da gente, nos deixando sem ação nas situações porque quando ocorre parece que a gente esqueceu do mundo lá fora, a briga é entre nós mesmo.

3. O que você acha que causa o problema dos *nervos*?

Realmente não sei, tenho opções, pode ser sustos, pode ser hereditária, psicológica, pode ser espiritual (se acredita... é claro) até hoje pergunto para mim mesma por que eu sofro dos nervos?

4. *Nervos* é problema dos homens, das mulheres ou dos dois?

Acho que deve ser do ser humano, porque quem tem nervos tem, tanto faz se é homem ou mulher, eu conheço homens e mulheres que sofrem. Só que nós mulheres contamos o que sentimos e não temos vergonha e eles não, são fechados, mas quando ocorre a doença eles cedem, porque nervos é fogo, é uma crise terrível, aí não tem homem nem mulher. Naquelas hora nos tornamos frágeis e com medo de tudo, o que queremos é ser ajudado de qualquer forma.

5. Como você se sente nas consultas sobre *nervos*?

Pra ser sincera, já fui a tudo. Psicólogos, psiquiatras, curandeira, espíritas. Bem no começo da minha doença, com 12 anos, a Vovozinha[2] me benzia, me dava das fumaça das ERVAS e fazia orações na minha roupa. Sabe me sentia com uma paz dentro de mim, aquele cheiro de alecrim queimado me fazia relaxar e realmente melhorei por um bom tempo, mas ela disse pro meu Pai que eu tinha um "santo" e preciso trabalhar com ele senão o problema, as crise voltaria. Só que era muito novinha e não dei muito valor ao que ela disse, fiquei uns 4 ano sem nada, ela me fechou o corpo, só que depois ele voltou.

6. O que você acha que melhora de fato o problema dos *nervos*?

Para mim, as vezes eu penso como pode a Medicina estar tão avançada, mas falhar nos problemas como os nervos eles não acabam definitivo com essa doença, por isso prefiro a "Vovozinha" pois me ajudou muito com suas ERVAS, se o que ela disse foi verdade ou mentira não sei, talvez fosse o carinho, a vontade de me ajudar, olha eu não sei porém de todos foi o melhor remédio que tive até hoje. Sinto muitas saudades dela.

Anexo 3

Rol de Sintomas de Nervoso

- Ansiedade; angústia; agitação; apreensão pelo futuro e/ou pelo desconhecido.
- Sensações corporais diversas, tais como:
  - alterações dos batimentos do coração: coração querendo sair pela boca; bate muito rápido; parece que vai parar; às vezes dá um soco no coração; fica fraco, parece que vai morrer; bate atropelado;
  - bola que sobe e desce, mais comumente da garganta para o estômago, mas às vezes na barriga;
  - dores que caminham pelo corpo; dores de cabeça que apertam, queimam por dentro, ou cabeça parecendo que vai estourar de tanto doer;
  - gostos diferentes na boca, em geral desagradáveis;
  - boca travada impedindo a deglutição;
- Vontade de morrer.
- Vontade de matar ou agredir alguém sem motivo.
- Desejo de ficar só ao mesmo tempo em que se ressente do abandono.
- Falta de vontade de comer, embora, na maioria dos casos, sinta fome, mas a comida simplesmente *não vai.*
- Perturbações do sono: dormir demais e não estar descansado ao acordar; insônia; sonhos agitados/pesadelos; sono leve: *acorda por qualquer coisa.*
- Instabilidade emocional: pegar briga por qualquer coisa; chorar à toa, sem motivo aparente, sem saber por que ou por motivo de pouca importância; apatia, deixar de se interessar pelas suas obrigações diárias ou por coisas que lhe interessavam antes; achar que nada mais presta, ou tem graça; não achar nada mais bonito ou bom; tanto faz que as coisas aconteçam de uma forma ou de outra; não se importar com o que faz, se bem ou mal feito; quer falar, mas não consegue.
- Esquecimentos: às vezes não sabe o que estava fazendo ou não lembra o nome dos filhos ou do marido.
- Indiferença sexual: muitas vezes deixa que o parceiro faça o que quiser com seu corpo; ou, ao contrário, sente-se muito bem tendo relações com seu parceiro, desde que ele seja carinhoso.

Anexo 4

Critérios de Oquendo, Horwath e Martinez para Definição da Síndrome Culturalmente Específica de Nervos

1. Ocorrer em pessoa de fala espanhola das Ilhas do Caribe (Cuba, República Dominicana, Porto Rico).

2. Aparecimento dentro de uma semana após um estressor psicossocial severo.

3. Uma severa e repentina mudança no comportamento caracterizada por dois ou mais dos seguintes fatos:

   3.1 Comportamento repentino ou impulsivo, tal como tentativa de suicídio, jogar-se ao chão, ataques convulsivos, agressividade, posições ou agitação.

   3.2 Experiências dissociativas (a ou b)

   a. alteração no nível de consciência, e. g. falta de resposta a estímulo verbal, resposta diminuída a dor.

   b. amnésia localizada ou seletiva, e. g. o paciente não pode se recordar de um período de tempo circunscrito e/ou de comportamentos que se seguiram ao estressor.

   3.3 Distúrbios de comunicação (a, b, c ou d)

   a. mutismo
   b. neologismos
   c. incoerência
   d. guinchos

   3.4 Sintomas levemente psicóticos (a ou b)

   a. alucinações auditivas
   b. alucinações visuais

4. Duração. A síndrome pode durar horas ou dias, mas não mais do que uma semana, e é seguida pelo retorno ao funcionamento básico.

Anexo 5

Diário de Campo: dezembro 1996
com o diagnóstico na cabeça

Conta uma paciente:

Em uma das crises mais fortes, eu tava mesmo muito atacada com aquela dor que começa aqui embaixo [aponta a região pubiana] *e se retorce pela barriga, aperta o fígado, tira o fôlego, e nada da dor melhorar, nem mesmo com os calmantes e chás que tomei vários, muito fortes, continuou por vários dias, durante os quais sofri muito, muito mesmo. Aí eu percebi que o que eu tenho é câncer, de útero ou de ovário, talvez dos dois, que os médicos não quiseram me contar... Aí, como o sofrimento era demais, a dor era muita, resolvi ir no médico lá na Lagoa, que lá tem o dr. Pedro, que é muito bom, escuta muito as queixa da gente. Ele me atendeu muito bem, até fiquei incomodada que tinha bastante gente esperando a vez e ele me examinou tudinho, ia apertando aqui e perguntando: dói aqui? Apertava de novo, perguntava e assim ia, me examinou bem mesmo, e me disse que o que eu tenho está na minha cabeça, mas que pra eu ficar mais sossegada ia me mandar fazer uma ecografia.*

Fui lá no outro médico, muito bom também, conversou bastante comigo, perguntou o que o dr. Pedro tinha dito, colocou os aparelho e ia me perguntando as coisa enquanto ia vendo lá o que eu tinha, e ia explicando tudo o que via a uma pessoa que estava lá, não sei se era uma enfermeira ou uma aluna, que ele tinha jeito de ser professor. Por fim, me perguntou quantos filhos tive, se foi parto normal ou não. Eu contei que tive seis filhos, todos de parto normal, uns eu tive quase sozinha, né? Ele ficou admirado e me disse: dona, nem parece que a senhora teve esses filhos todos de parto normal e tá assim perfeita! O dr. Pedro tem razão: sua doença tá na sua cabeça; a única coisa que a senhora precisa fazer, se quiser, é uma plástica de barriga, mas isso tá na sua mão resolver. Aí eu me desesperei, voltei lá no primeiro médico levar os exames pra ele ver, ele olhou e disse: então, viu só como tava tudo na tua cabeça? Vai pra casa, cuida do marido e dos filhos e não pense mais nisso!

Aí eu comecei a ir na Igreja do Reino Universal e lá eles me disseram que eu tenho mesmo essa doença [câncer] *por castigo, por causa de um aborto que eu fiz há muitos anos, que o pastor chama a gente lá na frente e manda confessar todos os pecado, senão a gente fica tomado pelo Satanás e eu disse tudo o que eu achava que não era certo que eu já fiz na minha vida... Aí o pastor disse que era pecado muito feio esse de tirar um filho, que é o mesmo que matar uma pessoa,*

é uma vida que tá lá e que só Deus pode fazer isso e que por isso é que eu sofro, mas que ele ia orar pra Deus ter pena de mim e não me castigar tanto, que o meu sofrimento é demais... Faz dois anos que fiz esses exames e de lá pra cá sei que esse câncer tá aí e só rezo pra Deus ter pena e não me fazer sofrer demais, que tem dia que eu penso que vou ficar louca de tanta dor e agonia...

Como tenho algumas informações sobre seu caso obtidas entre conhecidos seus e parentes e também minha observação me mostra que não há evidências de que ela, há dois anos, seja uma cancerosa, tento convencê-la do contrário. Um dos argumentos que uso é o da evolução que seria esperada nesse tempo, mas ela revida, apontando casos de pessoas que viveram anos com a doença antes de morrer. Então, pergunto-lhe: "Mas o médicos falaram em câncer mesmo? A senhora disse que estava sozinha nessas ocasiões e em geral um médico não fala isso para uma pessoa desacompanhada". Ela, então, diz:

Mas então! Tanto um como outro disseram que a minha doença era mesmo o que eu tinha na cabeça, a senhora não vê que eles concordaram comigo que era câncer mesmo? E depois se disseram que só o que eu precisava era um plástica da barriga, mas que isso tava na minha mão decidir!

Revido novamente, dizendo: "Claro, a plástica a senhora é que sabe se quer ou não..." Ela me corta:

Que nada, isso quer dizer que o meu caso já tava passado, não tinha mais esperanças! Se fosse tempo ainda pra operar, a senhora acha que um doutor ia deixar na mão de uma pessoa doente decidir? Só deixou na minha mão porque tava passado mesmo, já não tinha mais o que fazer...

Estarrecida, me dou conta de que houve ali um tremendo desencontro de informações. A paciente tinha razão em sua interpretação: o que ela tinha na cabeça era o diagnóstico presuntivo de câncer que inadvertidamente fora confirmado quando os médicos lhe disseram que a sua doença estava na sua cabeça! Certamente queriam dizer que ela estava hígida e que o diagnóstico de câncer não passava de imaginação ou temor. O mesmo ocorreu com a sugestão da plástica, que, por se tratar de cirurgia eletiva, de caráter estético, dependeria de decisão da paciente, mas foi entendida como um *lavar as mãos* diante do caso desenganado pelo câncer (da sua cabeça, ou seja, dos seus *pensamentos*).

Vou para casa, e me vejo, como médica, cada vez mais preocupada com essas armadilhas da comunicação que selam um engano, mantendo-o contra todas as evidências lógicas.

Anexo 6

Enredo da Escola de Samba Coloninha

Florianópolis, 1995

Autores: Paulinho Carioca, Vanderlei do Cavaco, Márcio Martins, Dica e a ala dos compositores

Eu chego lá
No Campeche aconteceu
Fatos que marcaram uma era divinal
A Ilha foi servida à francesa
Se fez um intercâmbio cultural
Moda, teatro, cinema
Vedetes, poesias imortais
Será que existe guerra nas estrelas?
Será que existe disco voador?
Se hoje o ser humano vai à lua?
Será que outro ser nos visitou?
Como será o amanhã, se hoje é a era do computador?
Pra recordar Exupéry
À França eu digo merci
E o carnaval da Coloninha
É isso aí
Corta a corda, Chica
Que o bicho *qué avuá*
Quem tem asas voa longe
Eu chego lá

Anexo 7

Virando uma Doutora: fragmentos da memória de uma aluna do curso de medicina

Aulas de ginecologia

Quase fui reprovada em ginecologia... também, pudera! A forma como eu me colocava na sala de prática faria qualquer professor me pôr para fora, mas não dava para agüentar! Aquele alemãozão truculento berrando para as pobres coitadas que vêm ao Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC) cheias de corrimentos, podridões da sua pobreza, para mim econômica, para ele parecia que de caráter, moral, sei lá o quê! "Deite aí! Abra as pernas! Mais, assim não enxergo nada! Pra fazer não precisou ninguém mandar, ou precisou? Mas abriu, não abriu?" (referia-se às pernas, para uma relação sexual presumida por um professor/médico que nem sequer fazia a anamnese relativa à vida sexual da paciente, mal e porcamente perguntava dos sintomas e iniciava o exame ginecológico, desconsiderando pudores ou qualquer outro constrangimento). "Agora fica aí, de chiliques pro exame. Abre que sou médico, é pro exame!", e por aí afora. Pergunto-me hoje, como àquela época: o que ele tinha a ver se ela abriu ou não as pernas para alguém, isso era lá da sua conta? E se abriu para quem ela quis, ou talvez, para quem foi preciso abrir, isso seria suficiente para supor ou determinar que ela não tivesse vergonha de fazê-lo na hora do exame, com aquele monstrengo aos berros e um bando de sete rapazes com as caras mais curiosas do mundo?

Encolhida num canto, eu me perguntava se esses moleques, meus colegas, se todos eles já tinham visto, de verdade, mulheres peladas na sua vida, ou se seriam uns fanfarrões, loucos pra ver uma xota de perto pela primeira vez. E mais: eu, esta tonta que aos 23 anos também nem conhecia direito meu próprio corpo! Pois é, a tonta aqui, morta de raiva e vergonha, toda enrubescida em sua virgindade que parecia estar exposta na genitália de cada paciente, sem jeito para falar, o que fazia? Cruzava os braços, emburrava a cara e ficava de lado. O professor não dizia nada, apenas incitava todos a examinar cada paciente; eu ia ficando de lado: por pena, vergonha, protesto e tudo o mais que emboladamente sentia. Assim, lá se foram dois meses de aulas, e eu ainda não havia examinado uma paciente sequer. Até que ele anunciou que não faria prova prática de gineco, iria dar nota pelo desempenho nas aulas; meus colegas vibraram, todos tinham sido *fominhas* e botado a mão em todas as pacientes que haviam ido ao ambulatório naquele período.

Continuei na minha teimosia, até que um dia o professor falou para um dos meus amigos que, se até o final do semestre eu não examinasse alguém, iria me reprovar. O colega veio preocupado e insistiu que eu o fizesse; relutei, me enraiveci, mas acabei cedendo. Então examinei uma mulher que tinha um tumor, falei: "tem uma coisa aqui, nas cinco horas".[3] O professor escarnece um pouco: "nunca examinou alguém e vai dizer que tem problema por aí". Insisti, ele veio examiná-la e sua face imediatamente demonstrou preocupação, pediu material para coleta de exame citológico e marcou uma biópsia para a paciente; ela realmente tinha um tumor, o que foi dito assim, escancarado, sem um preparo qualquer, a não ser o consolo meio ignorante dos estudantes, em especial o meu, porque o professor... Ah! esse tinha de correr, porque tudo aquilo havia atrasado sua saída para o consultório particular, onde clientes pagantes, e recendendo a rosas de desodorante íntimo, o aguardavam ansiosas...

Da desgraça da vida de uma miserável cancerosa veio a média que me salvou naquele semestre. E alguém ainda queria chamar a isso de sorte...

Das aulas de medicina legal

Cabeça meio careca, meio encanecida, ar aparentemente bondoso... Mas quando se tratava do tal exame de conjunção carnal, em lugar do pai ou avô bondoso transparecia o sátiro! Pobres meninas que chegavam ao Instituto Médico Legal (IML) – em geral trazidas por um pai, às vezes um padrasto, que, mais do que preocupados com elas, pareciam machos enciumados, corneados – e que caíam então nas mãos do laureado professor de medicina legal, para o tal exame. Encolhidinhas, às vezes tão ignorantes da vida que nem sabiam direito o que lhes ocorrera e por que tinham que estar ali, se despir e se expor a tantas pessoas, quase todos homens. As ordens para fazê-lo vinham no tom autoritário e pouco respeitoso que sempre notei nos ginecologistas no serviço público: "tira a roupa, deita aí, abre as pernas", e outras tão refinadas quanto essas! Aqui no IML recebiam uns complementos, pois mesmo que se tratasse de uma história de estupro, o vovô-sátiro tinha uma expressão aterrorizadora para as mulheres-meninas, incriminando-as pelo ato da conjunção carnal e suprimindo-lhe o caráter de violência, substituindo-o pelo de ato consentido: "quem guiou o ceguinho? Não vá me dizer que o ceguinho achou o caminho sozinho?".

Lições do Pronto Atendimento (PA) do HC

Afobados, populares e funcionários recolheram uma maca com uma paciente aparentemente em coma. Eu, no 3º ano e iniciando as disciplinas profissionalizantes do curso de medicina, fiquei apavorada, tal como os meus colegas de turma, mas a reação dos internos do 6º ano é completamente diferente da nossa. Um ou outro mostra alguma preocupação, os demais fazem um ar de aborrecimento, mais para o enfado do que para inquietação, o residente de clínica médica que se aproxima logo começa com as piadinhas e aponta para o tremor das pálpebras, indica os suspiros e a respiração entrecortada e vai dizendo: "já sei o que está faltando para essa aí..." Falta-me o cinismo que, embora

não recomendado no livros médicos, em breve apreenderia nesse curso paralelo, para perceber ou subentender nas linhas de seu discurso malicioso a que ele se refere: à *falta de homem*! O residente, percebendo minha confusão, passa então a me explicar:

> *É uma piti, pitiática, histérica, deve estar precisando de homem, aqui o que a gente pode fazer é escolher entre algumas alternativas de tratamento para que ela pare de simular que está doente: podemos fazer uma injeção de água destilada, porque isso dói terrivelmente e não há fingimento que resista, pode-se também dar um tabefe na cara* [mesmo efeito], *fazer cheirar alguma coisa como amoníaco ou noz-moscada em pó que fazem espirrar, o que também desarma a cena, ou então...* [risadinhas muito maliciosas] *um remedinho que você não tem condição de dar, quem sabe algum dos alunos se interesse em dar o que ela está pedindo* [sexo!], *só que essa paciente não é lá grande coisa...* [ou seja, a paciente pobre e mal cuidada não é muito atraente aos olhos classe média dos circunstantes].

Encabulada, tanto quanto irritada com as explicações, saio de perto, não sei o que fazer, estou com uma pena danada da mulher, mas já ouvi alguma coisa de psicologia médica, alguma coisa relacionada ao pensamento de Freud a respeito da histeria, e não sei o que pensar.

Não concordo muito com isso, mas não sei o que pensar a respeito, nem o que fazer por ela. Dou um tempo, volto e vou conversar com a paciente, que já sofrera com a inalação de amoníaco. Ela então conta como vai sua vida, cheia de tropeços e problemas, solidão, perdas materiais e afetivas, dificuldades com os filhos, encrencas com as vizinhas, tantos problemas para uma pessoa só!

Dias depois, outra cena parecida com a primeira, só que desta vez o paciente era um homem. Notei logo os mesmos sintomas, porém o tratamento foi diverso: o residente pôs-se logo a discorrer e a providenciar um diagnóstico diferencial; "afinal, era um homem e poderia ser coisa séria, poderia mesmo estar em coma, afinal os homens não ficam histéricos!" foi sua resposta à minha perplexidade. Depois de uma azáfama de exames e técnicas diagnósticas, a conclusão: era mesmo um piti! Comentando esses casos com um residente do 2º ano (R2), ele critica levemente o seu colega, alertando que sabia do caso de uma senhora que fora dada como pitiática e morrera de crise hipertensiva severa, que era bom se cuidar...

Se mulher podia ficar histérica por falta de homem, não entendia por que o contrário não podia ocorrer e se, no entendimento desses médicos, o caso de um homem que parecia estar em coma tinha de ser investigado, por que o mesmo não podia ser feito com uma mulher? No momento não tinha respostas, mas não me parecia muito certo nem muito justo esse modo de pensar e agir. Eles me gozavam dizendo que penso assim porque sou mulher, até a Tânia, que queria ser psiquiatra e já andava estudando Freud, tirou um sarrinho de minha cara, fiquei achando que é porque eu ainda não sei nada sobre sexo. Fiquei com raiva de minha inexperiência nessa área e de ser tão reprimida que não tinha coragem de falar com algum professor sobre o assunto. Droga! Se eu, que já estava com meio curso de medicina nas costas, não conseguia conversar com alguém, imagine as pacientes, quantos silêncios reprimidos!

Anexo 8

Estresse: mecanismo de ação segundo o esquema de Witkin-Lanoil[+]

Dentro do sistema nervoso, as mensagens de estresse percorrem três caminhos. Vão do cérebro, através dos nervos motores, até os braços, as pernas e outros músculos esqueléticos, preparando-os para o movimento. Vão também do cérebro até o sistema nervoso autônomo, que eleva a pressão sangüínea, o ritmo cardíaco e o nível de açúcar no sangue, libera glóbulos sangüíneos vermelhos de reserva, necessários para conduzirem oxigênio até os músculos e retarda os movimentos intestinais (de vez que, numa emergência, a digestão não constitui uma prioridade); finalmente, vão do cérebro até o interior das glândulas supra-renais, que liberam adrenalina na corrente sangüínea, como estimulante geral.

O hipotálamo também recebe mensagens de estresse, transmitidas do cérebro ao longo do sistema nervoso, mas, de lá, um segundo sistema, o hormonal ou endócrino, é ativado. Este sistema funciona mais lentamente do que o nervoso na reação ao estresse, mas pode manter seus efeitos no corpo por maiores períodos de tempo.

Imagine-se que o hipotálamo seja o centro de controle de emoções no cérebro. Dele, mensagens de estresse podem ser despachadas para muitas glândulas diferentes. Quando a pituitária recebe um sinal do hipotálamo, libera, na corrente sangüínea, hormônios que ativam o córtex supra-renal. Este libera hormônios semelhantes que, juntamente com aqueles, elevam a contagem de glóbulos sangüíneos brancos (influenciando algumas respostas imunológicas e alérgicas), alteram o equilíbrio de sais e água (elevando um pouco a pressão sangüínea, pela mudança dos padrões de excreção) e estimulam a glândula tireóide (aumentando o metabolismo) (Witkin-Lanoil, 1985).

Notas

1 Essa paciente, na primeira entrevista, dizia ter dificuldades de falar sobre o problema e revelou que gostava de escrever sobre ela mesma e as coisas que sentia; por isso insinuei que, se quisesse, poderia fazê-lo para mim, o que ela imediatamente aceitou, e foi anotando as minhas sugestões de questões a serem respondidas. Assim, transcrevo aqui o texto, incluindo perguntas e respostas, tal como ela me apresentou posteriormente.

2 Uma benzedeira, ou melhor, uma médium já falecida, que *recebia* uma entidade, uma avó, foi mencionada por várias pessoas como um dos agentes de cura que melhor sabia tratar nervos e que obtinha os melhores resultados, com o maior espaçamento entre as crises. Todos os que a mencionavam diziam que ela era muito carinhosa e compreensiva, ouvindo os pacientes com atenção.

3 Em ginecologia usa-se uma analogia com a posição dos ponteiros do relógio para se indicar a localização de lesões na cavidade vaginal ou no colo do útero.

4 Esquema certamente insuficiente para os médicos; porém, como eles têm à sua disposição um volume imenso de publicações a esse respeito, deixo a seu encargo, caso o desejem, aprofundar-se nesta questão. Para os outros interessados, caso queiram informações um pouco mais detalhadas, sugiro um interessante artigo de Bonamin (1994).